M B, B S.

Practice of Medicine. Pt. II.

by

TAYLOR.

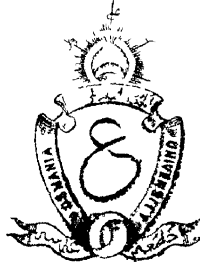
عمل طب حصۂ دوم

ترجمہ

ڈاکٹر محمد عثمان خان، ایل۔ایم اینڈ ایس۔

سلسلۂ نصابیات علمیہ جامعۂ عثمانیہ

ٹیلرز پریکٹس آف میڈیسن

یعنی

عمل طب

قیمت	روپیہ	آنہ
سکۂ عثمانیہ	۸	۵
سکۂ انگریزی	۷	۲

مرتبۂ

ای۔ پی۔ پولٹن، ایم۔ اے، ایم۔ ڈی (آکسن)، ایف۔ آر۔ سی۔ پی (لنڈن)

بمعاونت

سی۔ پی۔ سیمنڈز، ایچ۔ ڈبلیو بار بر، آر۔ ڈی گلیبی، این۔ ایچ فیرلے، ڈبلیو۔ ایم۔ مالیسن

مترجمۂ

ڈاکٹر محمد عثمان خان صاحب، ایل۔ ایم اینڈ ایس (بمبئی)، رکن سررشتۂ تالیف و ترجمہ

جلد دوم

بہ نظر ثانی و ترمیم مطابق طبع پانزدہم سنہ ۱۹۳۶ء

ڈاکٹر سی۔ اے۔ محمد حسین صاحب ایم۔ بی۔ بی ایس، رکن سررشتۂ تالیف و ترجمہ

سنہ ۱۳۶۰ھ سنہ ۱۳۵۰ف سنہ ۱۹۴۱ء

دارالطبع جامعۂ عثمانیہ سرکار عالی حیدرآباد دکن

یہ کتاب جے اینڈ اے۔ چرچل لمیٹڈ لندن کی اجازت سے
جن کو حق اشاعت حاصل ہے اُردو میں ترجمہ
کرکے طبع وشائع کی گئی ہے۔

فہرستِ مضامین

امراض اعضائے دوران خون ۲۴۵ تا ۴۷۵

بسم اللہ الرحمٰن الرحیم

THE PRACTICE OF MEDICINE

عملِ طب

جلدِ دوم

امراض اعضائے تنفس

امتحانِ سینہ

معائنہ (inspection) ۔سینہ کو سامنے، پیچھے، اور اوپر سے دیکھنے پر بعض غیر طبعی امور مثلاً مختلف قسم کے جلدی ثورانات (eruptions)، دبیلہ (empyema) کے پرانے عملیات کے ندبات (scars) یا بندوق کے زخموں کے ندبات، اور وریدوں کی کلانی دیکھے جاسکتے ہیں، اسی طرح سینہ کی شکل و حرکات میں کوئی تغیر موجود ہو تو وہ بھی شناخت کیا جاسکتا ہے ۔ وریدوں کی کلانی کے متعلق یہ ضروری ہے کہ چھوٹی چھوٹی وریدوں کے، اور اُن وریدوں کے درمیان جو معمول کے نسبت زیادہ اوپری واقع ہوں، امتیاز کیا جائے، کیونکہ اول الذکر اور وہ اجوف

(venæ cavæ) کے داخلی تسدد (obstruction) پر دلالت کرتی ہیں، اور آخر الذکر کوئی امراضیاتی اہمیت نہیں رکھتیں ۔ ایک تندرست بالغ کے سینہ میں جن اُمور کو دیکھنا چاہئے وہ حسب ذیل ہیں : سینہ کی شکل کسی قدر چپٹی بیضوی ہوتی ہے، یعنے اُس کا پیش پسی (antero-posterior) قطر عرضی قطر کے نسبت بہت کم ہوتا ہے ۔ سینہ کی زیادہ چوڑائی اُس کے زیرین حصّے میں ہوتی ہے ۔ ترقوی ہڈیاں (clavicles) محض خفیف طور پر اُبھری ہوئی ہوتی ہیں، اور ان کے اوپر محض خفیف سا نشیب اور نیچے شاذ ہی کوئی نشیب ہوتا ہے ۔ تھپنی کا محل وقوع چوتھی پسلی پر یا اُس کے بالائی یا زیریں کنارے پر ہوتا ہے ۔ زاویہ (شرا سیفی زاویہ :epigastric angle) ۹۵ تا ۱۰۵ درجہ کا ہوتا ہے ۔ اُس کا راس غضروف سیفی (ensiform cartilage) کے مقام پر ہوتا ہے اور اُس کے ہر جانب ساتویں اور آٹھویں ضلعی کریاں ہوتی ہیں ۔ عظم الکتف (scapula) صدر کے پچھلے حصّے سے قریبی طور پر متوافق ہوتا ہے، اور شوکہ سیدھا ہوتا ہے ۔ شہیق (inspiration) یعنے سانس اندر لینے میں، سینہ کا محیط ۲ تا ۳ انچ پھیلنا چاہئے، دونوں جانبوں کی حرکت متشاکل (symmetrical) ہونی چاہئے، شرا سیفی زاویہ چوڑا ہوجانا چاہئے، اور قص (sternum) کو آگے بڑھ آنا، اور نیچے کی پسلیوں کو اوپر اُٹھ جانا چاہئے ۔ گہری سانس لینے پر زیر ترین بین ضلعی فضاؤں کو اپنی جگہ سے محض ذرا ہی پیچھے ہٹنا چاہئے ۔

معائنہ کے ذریعہ سینہ کی شکل کی غیر طبعی حالتیں نوٹ کی جاتی ہیں، اور یہ اسباب ذیل کا نتیجہ ہوسکتی ہیں :۔ (الف) امراض ششش ۔ نفاخ (emphysema) میں سینہ معمول سے زیادہ کشادہ، اور شرا سیفی زاویہ نسبتاً زیادہ چوڑا ہوتا ہے ۔ پھیپھڑے کی لیفیت (fibrosis) میں جیسی کہ سل ریوی (phthisis) میں ہوتی ہے، مقامی انقباض کی وجہ سے جو کہ عموماً ایک یا دوسرے راس پر واقع ہوتا ہے، سینہ غیر متشاکل ہوجاتا ہے ۔ (ب) ایسے امراضِ عظام جیسے کہ وہ تشوہات (deformities) جو کساحتہ (rickets) اور شوکہ کے زاویتی اور جانبی انحناؤں کے باعث ہوجاتے ہیں ۔ ممکن ہے کہ سینہ غیر متشاکل ہوجائے، یا غیر طبعی شکل کا ہونے کے باوجود بدستور دو جانبی تشاکل ظاہر کرے ۔ بالعموم شعبی التہاب (bronchitis) اور شعبی ذات الریہ

(broncho-pneumonia) بھی اُن تشوہات کے پیدا کرنے میں حصہ لیتے ہیں جو کہ کساحۃ کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ (ج) ممکن ہے کہ نوعمر موضوعوں میں قلب کی بیش پرورش (hypertrophy) بائیں پہلو میں دیوار سینہ کا ایک مقامی اُبھار پیدا کردے۔

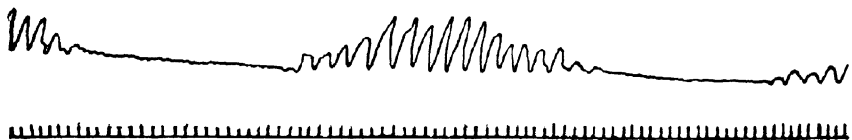
سینہ کا محیط ایک فیتہ کے ناپ سے اور عرضی اور پیش پسی قطر ایک قطر پیما (callipers) کے ذریعہ حاصل ہوتا ہے۔ سینہ کی شکل ایک انحناء پیما (cyrtometer) سے حاصل ہوسکتی ہے، جو نرم دھات کے دو لمبے ٹکڑوں پر مشتمل ہوتا ہے، اور جس میں ان ٹکڑوں کے ایک طرف کے سرے باہم ڈھیلے جڑے ہوئے ہوتے ہیں۔

معائنہ سے ہم، صدر کی شکل اور تشاکل کی تبدیلیوں کے علاوہ، حرکات تنفس کی نوعیت بھی نوٹ کرسکتے ہیں۔ تنفس کا طبعی تواتر بالغوں میں فی منٹ تقریباً پندرہ تا اٹھارہ ہوتا ہے۔ بچوں میں یہ نسبتہً بہت زیادہ تیز ہوتا ہے۔ یہ تواتر کم یا زائد ہوسکتا ہے اور عمر کے ساتھ بدل لیتا ہے۔ ریوی یا دوسرے مبداء کے مرض کی مختلف قسموں میں حرکات تنفس معمول کی نسبت سست یا زیادہ تیز، غیر عمیق یا عمیق تر، کمزور یا قوی تر ہوسکتے ہیں، اور ممکن ہے کہ وہ غیر منتظم یا بیقاعدہ ہوں۔ بُھر (dyspnoea) ایک سریریاتی اصطلاح ہے، جو "پھولی ہوئی سانس" (shortness of breath) کو ظاہر کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے، اور یہ مریض کا اپنا احساس ہے کہ مزید تنفسی کوشش کی ضرورت ہے۔ (الف) تنفسی شرح کی زیادتی (سُرعت تنفس: polypnœa)، (ب) تنفسی ضخامت کی زیادتی (بیش تنفس hyperpnœa)، (ج) پھیپھڑوں کے اندر اور باہر ہوا کے جانے آنے میں رکاوٹ (انسدادی بُھر: obstructive dyspnœa) موجود ہوسکتی ہے۔ آخرالذکر صورت میں یہ دقت یا تو دوران شہیق (inspiration) میں (شہیقی بُھر inspiratory dyspnœa) یا دوران زفیر (expiration) میں (زفیری بُھر expiratory dyspnœa:) نہایت نمایاں ہوسکتی ہے۔ اگر مریض کو زیادہ سہولت کے ساتھ سانس لینے کے لئے مجبوراً بیٹھنا پڑے، جیسا کہ بہت سی ریوی اور قلبی امراض کی صورت میں ہوتا ہے، تو اس حالت کو انتصابی تنفس (orthopnœa) کہتے ہیں۔ بطء تنفس (bradypnœa) یا تنفسی شرح کی تخفیف، جس کے ساتھ

121

بلند جزری ہوا پائی جاتی ہے، طبعی حالت میں نیز التہاب دماغ (encephalitis) کے بعد ہونا بیان کی جاتی ہے (1)۔

یہ دیکھنا بھی اہم ہے کہ آیا تنفس کا عمل زیادہ تر سینہ کے بالائی حصے سے انجام کو پہنچتا ہے جیسا کہ عورتوں میں عام ہوتا ہے، یا زیریں حصہ سے، جو مردوں کی ممتاز خصوصیت ہوتی ہے۔ اب معائنہ میں شکمی دیواروں پر بھی نظر ڈالنی چاہیئے، جن سے گویا حجاب حاجز کا فعل ظاہر ہوتا ہے، یعنی جب حجاب حاجز منقبض ہوتا ہے تو شکمی دیواریں آگے کو بڑھ آتی ہیں اور جب وہ مُرتخی (relaxed) ہوتا ہے تو شکمی دیواریں پیچھے کو ہٹ جاتی ہیں۔ سینہ کے ایک حصے کا غیر تناسب استعمال اس امر پر دلالت کرتا ہے کہ اُس کے دوسرے حصے میں مرض ہے۔ معائنہ، سکون سے سانس لینے میں، اور مریض کے زور سے اندر سانس لینے (تسھیق :inspiration) میں دونوں حالتوں میں کرنا چاہیئے۔

چین اِسٹوکس تنفس (Cheyne-Stokes respiration)۔ اس قسم کی سانس کی خصوصیت یہ ہے کہ اس میں تنفس کی زیادتی (بیش تنفس :hyperpnœa) اور تنفسی حرکات کی غیر موجودگی (عدم تنفس :apnœa) کے

شکل ۸۔ چین اسٹوکس تنفس۔ اِس منحنی (curve) کو بائیں طرف سے دائیں طرف پڑھنا چاہیئے، اور وقت کا اندراج نیچے ثانیوں (seconds) کے نشانات سے کیا گیا ہے۔ عدم تنفس کے عرصے میں جو چھوٹے چھوٹے تموجات درج ہیں وہ قلب کی ضربات کی وجہ سے ہیں۔

متبادل عرصے ہوتے ہیں۔ بیش تنفسی عرصے تنفسی ضخامتوں (respiratory volumes) کا تدریجی چڑھاؤ اُتار ظاہر کرتے ہیں، جیسا کہ شکل ۸ میں بتلایا گیا ہے۔ ایک دوریہ

(cycle) کی پوری مدت بیس تا ساٹھ سیکنڈ ہو سکتی ہے' اور اس میں تنفسات کی تعداد پانچ سے لیکر ساٹھ تک مختلف ہوتی ہے۔ تنفس کی زیادتی کے عرصہ کے وسط میں تنفس کی شرح فی منٹ پچاس یا ساٹھ تک تیز ہو سکتی ہے۔ چین اسٹوکس تنفس' غالباً تنفسی مرکز کی تحریک پذیری (excitability) کے تغیرات کے ساتھ وابستہ ہوتا ہے اور اس سے عموماً آکسیجن کی کمی ظاہر ہوتی ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ دماغی شرائین کے قطریہ (calibre) کے تغیرات اس کا سبب ہوں' اور نخاع مستطیل (medulla) کی شریانوں کا نوبتی انقباض (periodic contraction)' نوبتی عدم تنفس (periodic apnœa) پیدا کر دیتا ہو (2)۔ چین اسٹوکس تنفس کبھی کبھی طبعی اشخاص میں سونے کی حالت میں موجود ہوتا ہے' اور مرتفع اور بلند مقامات پر بہت عام طور پر واقع ہو جاتا ہے۔ کثیر التعداد امراضیاتی حالتوں میں وہ اکثر موت سے چند گھنٹے پہلے واقع ہوتا ہے۔ اس کے برعکس اُن ضعیف العمر اشخاص میں جو عضلۂ قلب کے انحطاط (myocardial degeneration) اور شریانی مرض میں مبتلا ہوں' چین اسٹوکس تنفس کا مہینوں جاری رہنا معلوم ہوا ہے۔ بیش تنفسی عرصہ کا اثر یہ ہوتا ہے کہ وہ خون سے CO_2 کو دھو کر خارج کر دیتا ہے' لہذا اب تنفسی مرکز مُتہیج نہیں ہوتا اور سانس موقوف ہو جاتی ہے۔ وقفہ کے دوران میں CO_2 بتدریج مجتمع ہو جاتی ہے' اور جوفیزوں (alveoli) میں کی آکسیجن خرچ ہوتی رہتی ہے۔ اس کے بعد جب آکسیجن کی احتیاج ناگہانی طور پر محسوس ہوتی ہے تو سانس پھر شروع ہو جاتی ہے۔ بیش تنفس (hyperpnœa) کے دوران میں پھیپھڑوں میں آکسیجن بسرعت زیادہ ہو جاتی ہے۔ لیکن چونکہ مرکز تنفس ضرورت سے زائد متہیج ہو جاتا ہے' لہذا CO_2 دھلکر خارج ہو جاتی ہے اور آکسیجن کی احتیاج سردست موجود نہیں رہتی۔ اس طرح چین اسٹوکس تنفس کا انحصار دو جداگانہ عاملوں کی موجودگی پر ہوتا ہے' جو مرکز تنفس کو متہیج کرتے ہیں۔ یہ عامل یہ ہیں: آکسیجن کی احتیاج' اور کاربن ڈائی آکسائیڈ (CO_2)(Pembrey and Allen)۔ چین اسٹوکس تنفس کو ایک انجن کے "حاکم کی جوئیندگی" ("hunting of the governor") سے تشبیہ دی جا سکتی ہے جو اُڑ پہیئے (flywheel) کی غیر موجودگی میں واقع ہوتی ہے۔ تنفس کے ان تغیرات کے ساتھ دوسرے مظاہر بھی ہو سکتے ہیں۔ عدم تنفس (apnœa) کے اختتام پر آکسیجن کی

احتباج کے زمانہ میں، مریض پر غنودگی طاری ہو جاتی ہے، وہ غافل اور بے پروا ہو جاتا ہے، اور اس کا چہرہ کبود (livid) ہو جاتا ہے۔ اس طرح ممکن ہے کہ بیش تنفسی عرصے کے آخری حصے میں مریض متہیج (excited) ہو جائے۔ بیش تنفس (hyperpnœa) میں ممکن ہے کہ پتلیاں متسع ہو جائیں، اور عدم تنفس (apnœa) میں پھر سکڑ جائیں۔ نبض اکثر شاذ ہی متاثر ہوتی ہے، لیکن سر ایف ٹیلر (sir F. Taylor) نے مشاہدہ کیا کہ وہ بیش تنفس کے ابتدائی اور درمیانی زمانوں میں تیس سیکنڈ کے لئے بالکل موقوف ہو گئی۔

تنفسِ بیو (Biot's respiration) میں، جو عام ترین طور پر التہاب سحایا (meningitis) میں دیکھا جاتا ہے، کئی سیکنڈ (تیس یا زائد سیکنڈ تک) کے وقفے کم و بیش نوبتی طور پر واقع ہوتے ہیں، لیکن تنفسات کا چڑھاؤ اُتار نہیں ہوتا۔　　122

رانجنی شعاعیں (Röntgen rays) - یہ طریقہ تحقیق سینہ کے مرض کی حقیقت شناخت کرنے یا اس کی وسعت اور جائے وقوع کا اندازہ کرنے کیلئے نہایت منفعت بخش ہے۔ حجاب حاجز کی وضع اور حرکت، اور ریوی تجمد (pulmonary consolidation)، درنہ (tubercle)، نوبالیدوں اور مائع انصبابات (liquid effusions) کی موجودگی کی شناخت، پردہ پر نظر آنے والے سایہ سے کیجا سکتی ہے، اور ان کی عکسی تصویریں لیجا سکتی ہیں۔ مریض کے امتحان کا بہترین طریقہ عموماً یہ ہے کہ اُسے اُفقی وضع میں دیکھنے کی بجائے انتصابی وضع میں دیکھا جائے۔

جسّ (palpation)- اس سے یہ مراد ہے کہ سینہ کے حرکات کے امتحان کے لئے یا اُس کی دیواروں کے اُن ارتعاشات (vibrations) کے مطالعہ کیلئے جو آواز یا دوسرے سبب سے پیدا ہو جاتے ہیں، سینہ کی سطح پر ہاتھ رکھا جائے۔ اول الذکر مقصد کے لئے ایک ہی وقت میں ایک ایک ہاتھ سینہ کی ہر جانب پر ترقوی ہڈی (clavicle) کے نیچے، یا زیر کتفی (infra-scapular) خطے یا زیر بغلی (infra-axillary) خطے پر رکھا جاتا ہے، جس سے حرکت کی مطلق اور اضافی مقداریں کیسقدر صحت کے ساتھ معلوم کی جا سکتی ہیں۔ آخر الذکر مقصد کے لئے ہاتھ سینہ پر چپٹا رکھدیا جاتا ہے اور مریض بلند آواز سے بولتا ہے۔ بہترین طریقہ یہ ہے کہ دونوں ہاتھوں کو

بیک وقت سینہ کی ہر جانب پر متشاکل (symmetrical) وضعوں میں رکھا جائے۔ ہاتھوں کی ظہری (dorsal) سطحیں اور راحی (palmar) سطحیں دونوں استعمال کیجا سکتی ہیں (Jex-Blake)۔ حالت صحت میں دیوار سینہ میں ایسے ارتعاشات ہوتے ہیں جو اُس پہ رکھے ہوئے ہاتھ کو صاف طور پر محسوس ہوتے ہیں [لمسی صوتی خفیف (tactile vocal fremitus) یا لمسی ارتعاش (tactile vibration)]۔ اس کے لئے ضروری ہے کہ احبال صوت (vocal cords) کا ارتعاش طبعی ہو اور پھیپھڑوں کی ایصالی قوت (conductivity) طبعی ہو اور اُس کے ساتھ ہی شعبی انبوبات (bronchial tubes) مفتوح ہوں اور شُش کی بافت اسفنجی ہو۔ ارتعاش کی مقدار تندرست اشخاص میں مختلف ہوتی ہے۔ بالغ مردوں میں جن کی آواز گہری اور گونجنے والی ہو، سب سے زیادہ ارتعاش پایا جاتا ہے۔ عورتوں اور بچوں میں یہ ارتعاش قلیل ترین یا غیر موجود ہوتا ہے۔ ارتعاش، مرض کی حالت میں ہر ایسی چیز سے کم یا نابود ہو جاتا ہے جو شعبی انبوبات میں رکاوٹ پیدا کر دے یا پھیپھڑوں کو پچکا کر انکی اسفنجی بافت کو ٹھوس بنا دے، مثلاً پلیوُرائی کہفہ کے اندر مایع (liquid) یا ہوا کی موجودگی (استرواح الصدر :pneumothorax)۔ جب شُش کی بافت کے تجمّد (consolidation) کے ساتھ شعبی انبوبات کی مفتوح حالت (patency) ہو تو ارتعاش زیادہ ہو جاتا ہے۔ ذات الریہ (pneumonia) میں جب چھوٹے انبوبات افراز سے بھرے ہوئے ہوں تو ارتعاش کم یا غیر موجود ہوتا ہے، لیکن اگر انبوبات کھانسنے سے صاف ہو گئے ہوں تو وہ زیادہ ہو جاتا ہے۔

جَس (palpation) سے پلیوُرائی فرک (pleural friction) کے ارتعاشات، شعبی تنگی کے ارتعاشات (خرخرات :rhonchi)، اور کہفوں میں پیدا ہونے والی بعض آوازوں کے ارتعاشات بھی شناخت کئے جا سکتے ہیں۔ تنافظر آوازوں کا تذکرہ اِستماع (auscultation) کے بیان میں درج کیا گیا ہے۔

قرع (percussion)۔ قرع یعنے ٹھپکنے یا ٹھوکنے سے جسم کے کسی بھی حصے سے آواز پیدا کیجا سکتی ہے۔ مثلاً ران سے ایک بالکل اصم آواز (absolutely dull sound) نکلتی ہے، جو محض ایک شور (noise) ہوتی ہے، جس میں صرف

دو صفات ہوتے ہیں، یعنے بلندی (loudness) اور مدت (duration)۔ جب سینہ یا شکم کو (جو ہوادار کہفے ہیں) ٹھوکا جاتا ہے، تو اُن کی آواز ایک حد تک تو ایک شور (noise) ہوتی ہے، اور ایک حد تک ایک موسیقی سُرتی (musical tone)۔ کسی ساخت میں ایسی موسیقی سرتی جس حد تک موجود ہو اُسی حد تک اُس ساخت کو گمک دار (resonant) کہتے ہیں۔ گمک (resonance) کا انحصار امورِ ذیل پر ہوتا ہے:۔ (۱) ایک کہفہ جس میں ہوا مرتعش ہوسکے (۲) دیواریں جو کافی طور پر لچکدار ہوں، اور ایسا صحیح تناؤ (tension) رکھتی ہوں کہ ہوا کے ساتھ ہم آہنگ ہوکر مرتعش ہوسکیں، نیز آواز کو باہر کی طرف ایصال کرنے کی صلاحیت رکھتی ہوں۔ دیوار کا تناؤ گمک پر جو اثر رکھتا ہے اُسے ہوا سے پھلائے ہوئے گال کو اُنگلی کے ناخن سے تھپ تھپا کر اور گال کے عضلات کے انقباض کو بدل بدل کر بآسانی بتلایا جاسکتا ہے۔ سرتی (tone) ارتعاشات کے ایک باقاعدہ سلسلے سے پیدا ہوتی ہے۔ اُس کا ارتفاع (pitch) ارتعاشات کی فی ثانیہ تعداد پر منحصر ہوتا ہے۔ اُس کی صفت (quality) کا انحصار بلند نغمات (harmonics) یا اونچی سرتیوں (overtones) کی اُس تعداد پر ہوتا ہے جو بنیادی سُر (fundamental note) کے ساتھ موجود ہوں۔ شورِ محض (mere noise) کی طرح سُرتی (tone) میں بھی بلندی (loudness) اور مدت (duration) موجود ہوتی ہے۔ لیکن اگر قرع (percussion) کی طاقت مساوی ہو تو محض شور کے مقابلہ میں سُرتی کی بلندی اور اُس کی مدت زیادہ ہوتی ہے۔

قرع کی سب سے زیادہ سُریلی اور موسیقی آوازوں (musical sounds) کو طبلی (tympanitic) کہتے ہیں۔ ایسی آوازیں شکم سے اور ایک استرواح الصدر والے سینہ سے حاصل ہوتی ہیں۔ ان حالتوں میں ارتفاع (pitch) ادنیٰ ہوتا ہے، کیونکہ شکم اور سینہ بڑے کہفے ہیں۔ قصبۃ الریہ (trachea) سے بھی ایک طبلی آواز حاصل ہوتی ہے لیکن اس کا ارتفاع نسبتاً اعلیٰ ہوتا ہے۔ طبعی سینہ کا قرع کرنے سے شُش کی طبعی گمک (normal lung resonance) حاصل ہوتی ہے، جس میں موسیقیت کا عنصر بہ نسبت اُس کے جو طبلیت (tympany) میں ہوتا ہے

کم نمایاں ہوتا ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ جو فیزوں کی لچکدار دیواریں دیوار سینہ کے ساتھ مرتعش نہیں ہوتیں۔ ارتفاع (pitch) ادنیٰ ہوتا ہے یعنے فی سیکنڈ ۷۰ تا ۱۲۰ ارتعاشات (Müller)۔ اگر جوفیزی دیواریں ڈھیلی ہوں (اس صورت میں جب کہ کہفہ پلیورا کے اندر سیال مجتمع ہو رہا ہے) تو قرع کی آواز طبلی ہوجاتی ہے۔ اس کو اسکوڈائی گمک (Skodaic resonance) کہتے ہیں۔ اگر سیال نسبتہً زیادہ مقدار میں موجود ہے اور اس نے شش کو بچکا کر اُس کے اندر کی ہوا کو باہر نکال دیا ہے تو قرع کی آواز بالکل اصم (completely dull) ہوجائے گی لیکن ممکن ہے کہ اصم رقبہ (dull area) سے آگے جہاں شش صرف ڈھیلا پڑ گیا ہے طبلی آواز موجود ہو اور پھر اس سے بھی آگے کو شش کی طبعی گمک ہو۔ سیال خود آواز کا اچھا موصل ہوتا ہے، جیسا کہ ہر وہ شخص، جو ایک حمام میں لیٹ کر اور اپنے کانوں کو پانی میں ڈوبا ہوا رکھکر پانی کا نل کھلا رکھے، خود بر تجربہ کر کے دیکھ سکتا ہے۔ گمک اس وجہ سے غائب ہوجاتی ہے کہ (۱) جب زیادہ سیال موجود ہوتا ہے تو شش پچک جاتا ہے۔ (۲) اگر اب بھی شش میں کچھ ہوا موجود رہے تو سیال میں آواز کی منتقلی ناقص ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 125)۔

بلیش گمک (hyper-resonance) یعنے گمک کی زیادتی اُس درجہ کو ظاہر کرتی ہے جو شش کی طبعی گمک اور طبلیت کے درمیان ہوتا ہے۔ خِفّت گمک (impairment of resonance) یعنی گمک کی کمی اُس درجہ کو ظاہر کرتی ہے جو شش کی طبعی گمک اور قطعی اصمیت (absolute dulness) کے درمیان ہو۔ بیش گمکی یا طبلی سر (hyper-resonant or tympanic note) مرض نفاخ (emphysema) میں پایا جاتا ہے اُس مقام پر جہاں جوفیزی دیواریں بڑی حد تک تلف ہوجاتی ہیں، اسی طرح یہ نہایت بڑے کہفوں پر بھی ملتا ہے، جیسے کہ سل ریوی (phthisis) میں شش کے تجمّد (solidification) یا پچکاؤ (compression) سے اور پلیورا کی دبازت سے گمک کم ہوجاتی ہے۔ شش کے چھوٹے کہفوں پر ایک اصم قرعی سر حاصل ہوتا ہے، کیونکہ ان کے ساتھ لیفیت (fibrosis) بھی موجود ہوتی ہے۔ ریوی گمک کا انحصار دیوار سینہ کی دبازت پر بھی ہوتا ہے۔ ڈیلے

123

اشخاص کی نسبت عضلی نشوونما والے اشخاص میں اور سینہ کے اگلے حصے کی نسبت سینہ کی پشت سے نسبتہً زیادہ اصم سُر حاصل ہوتا ہے۔

بلاواسطہ قرع (immediate percussion) کی مشق ترقوی ہڈیوں پر راست قرع کرکے کی جاتی ہے۔ بالواسطہ قرع (mediate percussion) بقیہ سینہ کے لئے اس طرح کیا جاتا ہے کہ بائیں ہاتھ کی دوسری انگلی کو ایک بین الاضلاع فضا کے طول میں رکھ کر اُس کے بعدی بین السلامیاتی مفصل (distal interphalangeal joint) کی ظہری سطح پر دائیں ہاتھ کی دوسری انگلی کی نوک سے ٹھوکا جاتا ہے۔ سینہ کی دونوں جانبوں کے متناظر نقطوں کا باہم مقابلہ کرنا بھی ضروری اور اہم ہے۔ انگلیوں کو اس طریقہ پر استعمال کرنے سے مزاحمت (resistance) کا کچھ اندازہ ہوسکتا ہے۔ جہاں ایک گمکی سُر حاصل ہوتا ہے وہاں سینہ پر رکھی ہوئی انگلی کی وساطت سے لچک (resilience) کا احساس محسوس ہوتا ہے۔ جب آواز اصم ہو تو دیوار سینہ بے لچک (unyielding) اور جامد معلوم ہوتی ہے۔

یہاں قرعی آوازوں کی دو قسموں کا تذکرہ کرنا بھی ضروری ہے:۔

(۱) صوت ظرف شکستہ (cracked pot sound) جو کبھی کبھی اُس کہفہ پر سُنائی دیتی ہے جو ایک شعبہ (bronchus) سے ملحق ہو (ملاحظہ ہو صفحہ 168)۔

(۲) قلہری گمک (amphoric resonance) یا فلزی جھنکار (metallic ring) جو بعض اوقات ایک ہوا سے بھرے ہوئے بڑے کہفہ پر قرع کرنے سے سنائی دیتی ہے اور حرونحاسی (bruit d'airain) سے بہت مشابہ ہوتی ہے (ملاحظہ ہوں صفحات 127، 191)۔ قرع کو رب سے پہلے آوین بُرگر (Auenbrugger) نے ۱۷۶۱ء میں بیان کیا (3)، اور اُس نے وہ مختلف امراضیاتی حالتیں بھی بیان کیں جو قرع کی آواز کی تبدیلیوں کے ساتھ پائی جاتی ہیں۔

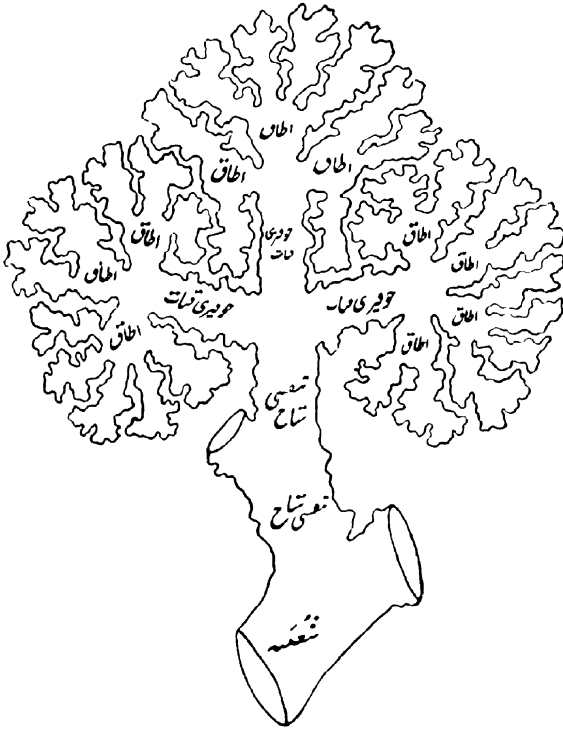
استماع (auscultation)۔ یہ احشاء (viscera) یا جسم کے دوسرے حصوں کا مطالعہ ہے جو اُن کے اندر پیدا شدہ آوازوں کو سُن کر کیا جاتا ہے۔ یہ بلاواسطہ (immediate) ہوسکتا ہے، اُس وقت جب کہ برہنہ سینہ پر یا

صرف ایک تولیہ یا رومال کو حائل رکھ کر مریض کے سینہ سے خود کان کو لگا دیا جاتا ہے۔
یا بالواسطہ (mediate) جب کہ ایک موصل صوت آلہ (sound conducting instrument) مریض کے سینہ اور سامع کے کان کے درمیان ربط پیدا کرتا ہے۔
زیادہ عام طور پر جو آلات استعمال میں لائے جاتے ہیں وہ یہ ہیں:۔ (۱) دُو گوشی مسماع الصدر (binaural stethoscope)، (۲) سیدھا چوبی یا فلزی مسماع الصدر جو تقریباً ۶ انچ لمبا ہوتا ہے، اور (۳) صوتی دُرون بین (phonendoscope)، جس کے اندر آوازوں میں گمک پیدا ہو جاتی ہے۔
پہلے اور تیسرے آلے میں یہ فائدہ ہے کہ وہ دونوں خم پذیر ہوتے ہیں، اور مریض کی ہر وضع میں استعمال کئے جا سکتے ہیں۔ استماع اور اس کے طبی فوائد کو سب سے پہلے لائینک (Laennec) نے بیان کیا۔ اُس نے اپنے مشاہدات کو ۱۸۱۹ء میں دو جلدوں میں جمع کر کے مندرجہ ذیل نام سے موسوم کیا "De l'Auscultation Médiate ou Traité du Diagnostic des Maladies des Poumons et du Coeur fondé principalement sur ce nouveau moyen d' exploration," اور یہ پیرس میں طبع ہوئیں۔ بالواسطہ استماع کے انکشاف کو اُس نے اپنے الفاظ میں یوں بیان کیا ہے (8):
"۱۸۱۶ء میں مجھ سے ایک نوجوان عورت نے مشورہ چاہا۔ مریضہ میں قلب کے مرض کے عام علامات نظر آتے تھے ... مریضہ کی عمر اور صنف کی وجہ سے مجھے اس کا موقع نہیں تھا کہ میں مندرجہ بالا طریقہ سے (یعنی سینہ پر براہ راست کان لگا کر) اس کا امتحان کر سکوں۔ حسن اتفاق سے مجھے ایک مشہور سمعی مظہر (acoustic phenomenon) یاد آیا: یعنے یہ کہ اگر ہم ایک چوبی شہتیر کے ایک سرے پر اپنا کان رکھ دیں تو شہتیر کے دوسرے سرے پر ایک الپین سے کھرچنے کی آواز ہمیں نہایت صاف طور پر سُنائی دیتی ہے ... چنانچہ میں نے کاغذ کا ایک مٹھا لیا اور اُسے لپیٹ کر خوب سخت بنا لیا، اور اس کا ایک سرا مریضہ کے پیش قلبی خطے (præcardial region) پر رکھ کر دوسرے سرے پر اپنا کان رکھا۔ مجھے تعجب ہوا اور خوشی بھی جب کہ میں نے یہ دیکھا کہ میں مریضہ کی ضربات قلب کو

اس قدر صاف اور واضح طور پر سن سکتا ہوں کہ میں نے پہلے کبھی اپنا کان براہ راست لگانے پر بھی اس صفائی اور وضاحت کے ساتھ نہ سنا تھا۔"

اگر تندرست شش کا استماع کیا جائے تو ہم ہر تنفس کے ساتھ ہر جگہ ایک آواز سنیں گے جسے طبعی صوت تنفس (normal breath sound) یا حویصلی خریر (vesicular murmur) کہتے ہیں۔ اس کی نقل یوں اتاری جا سکتی ہے کہ ہونٹوں کو جرمن حرف ڈبلیو (German "w") یا انگریزی مجہول "وی" (English soft "v") کا تلفظ ادا کرنے کی وضع میں رکھا جائے، اور تلے سے پھونک ماری جائے۔ اس آواز کا ارتفاع ادنیٰ (low pitch) ہوتا ہے، اور اس میں ۷۰ تا ۹۰ ارتعاشات (vibrations) ہوتے ہیں (Müller)۔ حویصلی خریر تشہیق (inspiration) کے دوران میں سنائی دیتا ہے۔ لیکن زفیری فعل (expiratory act) یا تو بالکل خاموشی کے ساتھ ہوتا ہے، یا ایک مماثل آواز کے ساتھ ہوتا ہے، جو نسبتاً زیادہ نرم اور مختصر (softer & shorter) ہوتی ہے، اور زفیر کے اوائل تک محدود ہوتی ہے۔

تنفس کی آوازوں کی پیدائش کی توضیح میں صفحہ 219 پر بیان کیا گیا ہے کہ یہ آوازیں اس وقت جب کہ ہوا ایک تنگ سوراخ سے کسی نسبتاً چوڑی فضا میں جاتی ہے، ایک "منجمد دھار" (inspiration) بن جانے کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہیں۔ دوران تشہیق (inspiration) میں تنفس کی آواز (۱) مزمار (glottis) کے مقام پر پیدا ہوتی ہے اور (۲) محیط کے مقام پر اس وقت پیدا ہوتی ہے جب کہ ہوا تنفسی شعیبات (respiratory bronchioles) میں سے نکل کر اور جوفیزی قناتوں اور اوتاقوں (atria) میں سے ہوتی ہوئی، ہوائی تاچوں (air-sacs) کے اندر جاتی ہے (ملاحظہ ہو تصویر ۹)۔ جب آواز کسی ایسے منبع سے نکلتی ہو جو کہ یکساں واسطہ میں ہو تو وہ عموماً چاروں طرف منتشر ہو جاتی ہے اور اس کی شدت فاصلہ کے مربع کے تناسب گھٹ جاتی ہے۔ لیکن جب آواز مزمار میں پیدا ہوتی ہے جو کہ ایک نلی میں واقع ہے، تو اس کا انتشار رک جاتا ہے، اور وہ نلی کی دیوار کے اندر سے مسلسل منعکس ہوتی ہوئی، نلی کے راستہ سے نیچے کو ایصال پذیر ہو جاتی ہے، جیسا کہ ایک بولنے کی نلی (speaking- tube) میں ہوتا ہے۔ تاہم نیچے جا کر نسبتاً

چھوٹی نالیوں سے کیقدر انتشار گردو پیش کے شش میں واقع ہوتا ہے۔ اس کا نتیجہ
یہ ہوتا ہے کہ مزماری آواز جب سینہ کے باہر سنائی دیتی ہے تو وہ کمزور ہوتی ہے،
اگرچہ اُسے اس آواز
سے جو کہ محیط کی طرف
ہوائی تاچول وغیرہ
میں پیدا ہوتی ہے
تقویت حاصل ہوتی ہے۔
بولنے کی نلی کا یہی اصول
استماع میں سماع الصدر
کے استعمال کی بھی توضیح
کرتا ہے۔ دوران
زفیر (expiration)
میں آواز اور بھی زیادہ
کمزور ہوتی ہے کیونکہ
وہ خالصاً مزمار کی
وجہ سے پیدا ہوتی ہے
اور کیونکہ ایک دوسرا
عام قاعدہ یہ بھی ہے کہ
آوازیں ہوا کی رَو کی
مخالف سمت میں اس آسانی
سے ایصال پذیر نہیں
ہوتیں کہ جس آسانی
کے ساتھ وہ اس کے ساتھ ساتھ ایصال پذیر ہوتی ہیں۔ سینہ کے بعض حصوں میں،
جہاں بڑے بڑے شعبات اور دیوار سینہ کے درمیان اسفنجی بافت کی تہ چنداں دبیز
نہیں ہوتی، تو بعلی خرخر کسی قدر درشت تر آوازوں (harsher sounds) سے

تصویر ۹۔ شش کی ساخت، بحوالہ Miller (43)۔
تنفسی شعبات، جوفِ ہوائی قناتیں، ادتاقات، اور انتہاؤں پر
ہوائی تاچے، ان سب کی دیواروں میں جوفیزوں کا استر
ہوتا ہے جس کی راہ سے گیسوں کا تبادلہ ہوتا ہے۔

بدل جاتا ہے، جو زفیر کے بیشتر حصے میں جاری رہتی ہیں، اور شعبی حویصلی تنفس (broncho-vescicular breathing) کہلاتی ہیں۔ یہ حصے یہ ہیں: عظم القص (sternum) کا بالائی سرا، پہلی ضلعی کرّیاں جہاں وہ عظم القص سے اتصال حاصل کرتی ہیں، اور پشت پر خط وسطی میں ایک الماسی شکل کی فضا، جس میں ساتواں عنقی (cervical) اور پہلا ظہری شوکہ (dorsal spine) شامل ہیں۔ دوسری جگہ اسوقت تک جب تک کہ شش تندرست ہے اور ہوائی راستے نفوذ پذیر ہیں حویصلی خریر ہمیشہ موجود رہتا ہے۔ حویصلی خریر بالغوں کی نسبت بچوں میں زیادہ بلند اور زیادہ درشت (harsher) ہوتا ہے (صبائی تنفس: puerile breathing)۔ بالغوں میں حویصلی تنفس تندرست شش پر اُس وقت درشت اور مبالغہ آمیز ہوتا ہے جب کہ دوسرا شش اپنا فعل انجام نہ دے رہا ہو (تعویضي تنفس: compensatory breathing)۔ تنفس کی آوازیں، غیر عمیق تنفس میں، نفاخ میں، اور اُس وقت جب کہ دیوار سینہ دبیز ہو، کمزور ہو سکتی ہیں۔ وقفہ دار یا دو ہرمسنن تنفس (interrupted or cog-wheel respiration) وہاں ہوتا ہے جہاں شش کے غیر منظم طور پر پھیلنے کی وجہ سے، جس کا سبب ممکن ہے کہ ہوا کے داخلہ میں میکانی مزاحمت ہو، یا معصوبیت (nervousness) کی وجہ سے عضلی فعل کی بیقاعدگی ہو، شہیقی خریر جھٹکے کے ساتھ (jerky) یا تموجی ہوتا ہے۔ اِس قسم کا تنفس زیادہ تشخیصی اہمیت نہیں رکھتا۔

حویصلی خریر کی کمی، ہوا کے داخلہ میں کمی، یا تنفس کی آوازوں کی غیر موجودگی، اُس وقت پائی جاتی ہے جب کہ ہوائی جوفیزے مطموس (obliterated) ہو جائیں، یا جب اُن سے ارتباط رکھنے والا شعبہ (bronchus) مسدود یا مطموس ہو جائے یا جب ہوائی جوفیزے سطح سینہ سے دور ہٹ جائیں جیسا کہ عام طور پر پلیورائی انصباب (pleural effusion) کی حالت میں ہوتا ہے۔ آخر الذکر حالت میں تنفس کی آوازوں کی غیر موجودگی کا انحصار اِس اصول پر ہوتا ہے کہ جب آواز ایک واسطہ مثلاً ہوا میں سے گزرتی ہوئی کسی دوسرے واسطہ، مثلاً پلیورائی انصباب، کی سرحدی سطح پر پہنچتی ہے تو آخر الذکر میں سے اُس کی منتقلی ناقص طور پر ہوتی ہے، لہذا اُس کا بیشتر حصہ واپس منعکس ہو جاتا ہے۔ یہ امارت اُس وقت بہت بڑی تشخیصی

اہمیت رکھتی ہے جب کہ مقابل شُش کے متناظر نقطے پر تنفسی آوازیں طبعی پائی جائیں۔

شعبی تنفس (bronchial breathing) ایک دُہری آواز ہے جو دورانِ تنفس ہی میں مزمار میں پیدا ہوتی ہے اور دہن، بلعوم اور شعبی انبوبات کی کمک سے ترمیم یافتہ ہو جاتی ہے۔ ایسا تنفس قصبۃ الریہ (trachea) پر استماع کرنے سے سنا جا سکتا ہے۔ شہیقی اور زفیری آوازیں طول میں مساوی ہوتی ہیں۔ وہ ایک دوسرے سے صاف طور پر جُدا ہوتی ہیں، اور کیفیت میں درشت (harsh) ہوتی ہیں۔ اُن کی نقل اُتارنے کا یہ طریقہ ہے کہ دہن اور زبان کو جرمن "ch" کا تلفظ ادا کرنے کی وضع میں رکھا جائے اور باہر کو پھونک مار کر اندر کو ہوا چوسی جائے۔ شش پر جو شعبی تنفس سُنائی دیتا ہے وہ اعلیٰ ارتفاع کا (high-pitched) انبیبی (tubular) یا اوسط ارتفاع کا (medium-pitched)، یا ادنیٰ ارتفاع کا (low-pitched) کھفی (cavernous) ہو سکتا ہے۔ آوازوں کی بلندی (loudness) غیر اہم ہے۔ انبیبی تنفس (tubular breathing) جو بالخصوص متکبّد (hepatised) شش پر سنائی دیتا ہے، ایک خاص پھونک (blowing) یا "کِش" ("whiffing") کی صفت رکھتا ہے۔ کہفی تنفس (cavernous breathing) کھوکھلی (hollow) نوعیت کا ہوتا ہے۔ یہ اکثر پھیپھڑے کے کہفوں پر سُنا جاتا ہے، لیکن یہ ہمیشہ اس امر پر دال نہیں ہوتا کہ وہاں ایک کہفہ ہے۔ شعبی تنفس (bronchial breathing) جب سینہ پر سُنا جائے تو اِس کے یہ معنی ہیں کہ شش کی بافت میں ترمیم ہو گئی ہے۔ یہ ترمیم بیشتر یہ ہے کہ اِسفنجی ساخت، ٹھوس ساخت میں تبدیل ہو جاتی ہے، اور یہ تبدیلی یا تو ہوائی خلیات کے پُر ہونے یا تلف ہو جانے سے ہوتی ہے (جیسے کہ ذات الریہ یا سِلِ ریوی میں)، یا بعض اوقات، اگر ہوائی راستے تمام تر مطموس نہ ہو گئے ہوں تو بیرونی دباؤ (پلیوُرائی انصباب: pleuritic effusion) کی وجہ سے ہوتی ہے۔ ضروری شرط یہ ہے کہ گردوپیش کے شُش کے تجمد (consolidation) کے ساتھ شعبی انبوبات کا انفتاح (patency) موجود ہو، تاکہ مزماری آواز کا ایصال سطح تک ہو سکے اور وہ منتشر نہ ہونے پائے، نیز یہ کہ معمولی تنفسی خریر کا جو فیزی جزو غیر موجود ہو۔

قِلْ ری تنفس (amphoric breathing)۔ یہ ایک دُہری آواز ہے جو شہیق اور زفیر کے دوران میں سُنائی دیتی ہے، اور جو شعبی تنفس کی نسبت زیادہ موسیقی صفت رکھتی ہے۔ ممکن ہے کہ اس میں ایک مخصوص فلزی صفت یا جھنکار ہو۔ اس کی نقل ایک تنگ گردن والی شیشہ کی اُستوانی یا گلدان (vase) کے مُنہ کے اندر پھونکنے سے اُتاری جا سکتی ہے۔ یہ آواز بڑے کہفوں پر سُنائی دیتی ہے یا ایسے استرواح الصدر (pneumothorax) پر سنائی دیتی ہے جو ایک شعبہ کے ساتھ کھلا ہوا ارتباط رکھتا ہو، اور یہ اُس کہفہ کی گُمک کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔ قِدری تنفس کا ارتفاع (pitch) اور بلندی (loudness) تغیرّ پذیر ہوتی ہے۔

صرصرہ (stridor) ایک بلند آواز ہے جو انبیبی تنفس (tubular breathing) سے کسی قدر مشابہ ہوتی ہے، لیکن اس کی صفت سیٹی (whistling) جیسی یا سِسکارنے (hissing) جیسی ہوتی ہے۔ یہ آواز، مزمار کی تنگی، قصبہ کی تنگی یا بڑے شعبات میں سے کسی ایک شعبہ کی تنگی کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ سینے کے بیشتر حصّے پر سُنائی دیتی ہے، اور بعض اوقات مریض کے نزدیک کے آدمی اسے بغیر مسماع الصدر کی مدد کے سُن سکتے ہیں۔

غیر معمولی آوازیں (adventitious sounds)، معمولی تنفس کی آوازوں یا متذکرۂ بالا طور پر ترمیم شدہ تنفسی آوازوں کے علاوہ، اور اُن کے ساتھ ساتھ سُنائی دیتی ہیں۔ اگر یہ پُرسکون تنفس کے ساتھ نہ سنائی دیں، تو مریض کو گہری سانس اندر لینی چاہیے، جس سے ممکن ہے کہ یہ سُنائی دینے لگیں۔ غیر معمولی آوازیں خرخرات (rhonchi)، لغطات (râles) اور فرک (friction) کی آوازیں ہیں۔

خرخرات (rhonchi) کم و بیش موسیقی آوازیں ہیں، جو مخاط کے اجتماع سے شعبی اُنبوبات کے تسدد، یا مخاطی جھلی کے وَرَم، یا اُنبوبات کے عضلی ریشوں کے تشنجی انقباض کے باعث پیدا ہو جاتی ہیں۔ یہ آوازیں، شعبی اُنبوبہ کی جسامت اور تنگی کی مقدار کے لحاظ سے بہت مختلف ہوتی ہیں، اور انھیں مختلف معمولی آوازوں، مثلاً کُوکُو کرنے (cooing)، کراہنے (groaning)، خرّاٹے لینے، غُرغُرانے،

(lower-pitched) ادنے ارتفاع کی (grunting) یا سیٹی بجانے سے تشبیہہ دی جاتی ہے۔ ادنے ارتفاع کی خراٹے دار آوازوں کو رنان خرخرات (sonorous rhonchi) کہتے ہیں، اور یہ نسبتہً بڑے انبوبات میں پیدا ہوتے ہیں۔ نسبتہً اعلیٰ ارتفاع کی (higher-pitched) سیٹی جیسی آوازوں کو صفیری خرخرات (Sibilant rhonchi) کہتے ہیں، اور یہ نسبتہً چھوٹے انبوبات میں پیدا ہوتے ہیں۔ یہ زفیر یا شہیق میں سنائی دے سکتے ہیں، اور ان کی جگہ اور بلندی ہمیشہ بدلتی رہتی ہے۔ بلند رنان خرخرات اکثر مریض کے نزدیک کھڑے رہنے والے اشخاص کو سنائی دیتے ہیں، اور انھیں سے "سوں سوں کی آواز" ("wheezing") پیدا ہوتی ہے۔

لغطات (râles) مختلف قسم کی، چٹخنے کی (crackling) یا حلق میں گھونگھرو بولنے کی (rattling) آوازیں ہیں۔ یہ بڑے، اوسط جسامت کے اور نسبتہً چھوٹے شعبی انبوبات میں، یا ریوی کہفوں میں، وہاں کے جمع شدہ سیال افرازات کے اندر ہوا کے زور سے داخل ہونے کی وجہ سے اور بلبلوں کے بننے اور ان کے کسی قدر شور کے ساتھ پھوٹنے سے پیدا ہوجاتی ہیں۔ بعض اوقات انھیں خرخرات یا خشک آوازوں (rhonchi or dry sounds) سے تمیز کرنے کے لئے تر آوازوں (moist sounds) کے نام سے یاد کرتے ہیں۔ لیکن یہ تفریق نامناسب ہے، کیونکہ ممکن ہے کہ خود خرخرات (rhonchi) مخاط کی موجودگی کے باعث پیدا ہوگئے ہوں۔ لغطات (râles) بلبلوں کی جسامت کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں، چنانچہ وہ باریک (fine)، متوسط (medium)، یا موٹے (coarse) کہلاتے ہیں۔ لغطات کی تقسیم تحببی (bubbling) اور متفقع (crackling) لغطات میں بھی کی جاتی ہے۔ آخرالذکر ایک تیز، صاف، جھنکاردار انفجاری (explosive) نوعیت کے ہوتے ہیں، جس کی وجہ غالباً یہ ہے کہ یہ متجمد ششش کے وسط میں واقع ہوتے ہیں، جہاں گمک کے لئے مخصوص حالات موجود ہوتے ہیں۔ اول الذکر یعنے تحببی لغطات کی آواز دھیمی (dull) ہوتی ہے، ان میں جھنکار یا دھاکے کے ساتھ پھوٹنے کی صفت نہیں ہوتی، اور یہ بیشتر ان انبوبات میں پیدا ہوتے ہیں جو طبعی اسفنجی بافت سے گھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ متفقع لغطات

(acoustic origin)مفروضہ سمعی ماخذ اُن کے اوقات کو بعض (crackling râles) کی وجہ سے متنغم (consonating) ' اور تحببی لغطات (bubbling râles) کو اس کے بالعکس غایر متنغم (non-consonating) کہتے ہیں۔ تغرغری لغطہ (gurgling râle) ایک موٹا لغطہ ہے جو سب سے بڑے اُنبوبات میں پیدا ہوتا ہے۔

تکتکہ (crepitation) کی اصطلاح بلا امتیاز تمام لغطات کے لئے استعمال کی گئی ہے' لیکن اب عموماً وہ ایک نہایت باریک لغطہ کے لئے محدود ہے جو اتنا باریک ہو کہ خشک اشیاء (مثلاً کان کے پاس بالوں کی رگڑ یا ریشم کی سرسراہٹ) سے ماخوذ ہونے پر دلالت کرے۔ تکتکہ ذات الریہ کے ابتدائی درجے میں اُذیمائے شش میں اور ایسے شش میں سنائی دیتا ہے جو طویل ہبوط (collapse) کے بعد زور سے پھیل جائے۔ وہ غالباً ایسے تنفسی شُعیبات' اوتاقوں اور ہوائی تاچوں کے کھلنے کے باعث ہوتا ہے جو چپچپے سیّال سے یا سادہ عدمِ استعمال کی وجہ سے چپک گئے ہوں۔ تکتکے (crepitations) اور نسبتہً باریک لغطات صرف دورانِ شہیق میں سنائی دیتے ہیں۔ متوسط جسامت کے اور موٹے لغطات دوران زفیر میں بھی سنائی دے سکتے ہیں۔ سِل ریوی (phthisis) میں لغطات اُس گہرے شہیق کے دوران میں ظاہر ہو سکتے ہیں جو کھانسی کے بعد ہو۔

فِلزی جھنکار (metallic tinkling) کا اطلاق اُن جھنکار دار یا کھناکھن کی آوازوں پر کیا جاتا ہے جو بعض اوقات اس صورت میں سنائی دیتی ہیں جب کہ ایک مریض جس کے شش میں ایک بڑا کہفہ ہو بولتا یا کھانستا ہو۔ یہ عموماً ایک موسیقی لغطہ (musical râle) ہوتی ہے۔

بعد سُعالی امتصاص (post-tussive suction) ایک چوسنے کی آواز ہے جو ایک کہفہ (تدرنی یا تمدد الشعبی :bronchiectatic) پر کھانسنے کے بعد سنائی دیتی ہے۔ اس کا سبب یہ ہوتا ہے کہ مابعد گہرے شہیق کے شروع میں ہوا ایک سسکار دار آواز (hissing sound) کے ساتھ یکایک کہفہ کے اندر واپس چوس لی جاتی ہے۔

آبی استرواح الصدر (hydro-pneumothorax) یا ریمی استرواح الصدر

(pyo-pneumothorax) کی اصابتوں میں اس وقت جب کہ طبیب کا کان مریض کے سینہ پر لگا ہوا ہو اگر مریض کو ہلایا جائے تو ایک چھلک کی آواز (splashing sound) سنائی دیگی، جو کہفۂ پلیورائی میں کی ہوا اور مائع سے نکلتی ہے (ھزّۂ بقراط: Hippocratic succussion)۔

فِرکی آواز (friction sound) یا پلیورائی رگڑ (pleuritic rub) پلیورا کی دو ایسی سطحوں کے باہم رگڑنے سے پیدا ہوجاتی ہے جو التہاب کی وجہ سے کھردری ہوگئی ہوں۔ یہ اپنی نہایت ممیز شکل میں ایک درشت، گرگرانے (grating) یا چرچرانے (creaking) کی آواز ہوتی ہے، جیسی کہ چمڑے کے دو ٹکڑوں کو ایک دوسرے پر زور سے رگڑنے سے، یا انگلی کی راحی سطح (palmar surface) کو ایک چوبی سطح پر مَلنے سے نکلتی ہے۔ یہ دورانِ شہیق میں بہترین سنائی دیتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ زفیر کے ساتھ بھی سنی جائے۔ بعض فِرکی آوازیں لغطات سے نہایت قریبی مشابہت رکھتی ہیں۔ لیکن وہ سینہ کے تھوڑے حصے پر محدود ہوتی ہیں، اور کھانسنے سے متاثر نہیں ہوتیں۔ جب دیوارِ سینہ پر مسماع الصدر کا دباؤ بدل دیا جاتا ہے تو ان کی بلندی مختلف ہوجاتی ہے۔ جب وہ قلب کے اوپر کے پلیورا میں پیدا ہوتی ہیں، تو ضربات قلب کے ساتھ تناظر ہوتی ہیں، لیکن ان کی بلندی (loudness) تنفس کی ہیئتوں (phases) کے ساتھ ساتھ بدلتی رہتی ہے (پلیورائی تامور ی فِرک: pleuro-pericardial friction)۔

127

بولنے کی آوازیں (voice sounds)۔ بولنے کی آوازیں جو طبعی سینہ پر مسماع الصدر سے سنی جاتی ہیں ایک "مبہم" ("blurred") اور غیر واضح نوعیت رکھتی ہیں، جس کی وجہ یہ ہے کہ جو فیزی بافت میں ان کا ایصال غیر منظم طور پر ہوتا ہے۔ اس عدم وضاحت کی صفت ہی پر صوتی گمک (vocal resonance) کی اصطلاح کا اطلاق کیا جاتا ہے۔ صوتی گمک کا کم یا مفقود ہونا (diminished or absent vocal resonance)۔ بچوں اور عورتوں میں جن کی آوازیں اعلیٰ ارتفاع کی (high pitched) ہوتی ہیں، ممکن ہے کہ صوتی گمک خفیف یا مفقود ہو۔ مرض میں اس کی غیر موجودگی شعب کے تسدد (obstruction) یا سیال سے شُش کے پچکاؤ (compression) کا نتیجہ ہوتی ہے۔

شعبہ صوتی (bronchophony):— یہ اصطلاح اُس وقت استعمال کی جاتی ہے جب بولنے کی آوازیں اپنی نوعیت میں واضح، اور ساتھ ہی معمول کے نسبت زیادہ بلند ہوتی ہیں۔ جب آوازیں واضح مگر کمزور ہوں تو بعید شعبہ صوتی (distant bronchophony) کی اصطلاح استعمال کی جاسکتی ہے۔ شعبہ صوتی تجمّد شش میں پائی جاتی ہے، مثلاً اس تجمّد میں جو ذات الریہ اور سل ریوی میں واقع ہوتا ہے، اور بعض اوقات اُس وقت پائی جاتی ہے جب کہ شش کا پچکاؤ (compression) ہو۔ جب شعبہ صوتی موجود ہوتی ہے تو سرگوشی کی آوازوں (whisper sounds) کا بھی شش میں سے ایصال ہوتا ہے (صلی رکلامی :pectoriloquy)۔ بُزصوتی (ægophony) آواز کی وہ مخصوص انفی یا غُنغُناہٹ دار (twanging) ترمیم یافتہ صورت ہے جو مسماع الصدر سے سنائی دیتی ہے۔ یہ نام اُس مشابہت پر مبنی ہے جو کہ اُس میں اور بکری کے ممیانے (bleating) میں پائی جاتی ہے۔ اس کا عام ترین سبب بلاشبہ پلیُورا کے اندر سیال کی موجودگی ہے۔ یہ بعض اوقات ذات الریہی تجمد میں بھی پیدا ہوسکتی ہے۔ بُزصوتی کی توجیہ جو نہایت عام طور پر تسلیم کی جاتی ہے یہ ہے کہ بولی ہوئی آواز ایک خالص سُرتی (pure tone) نہیں بلکہ ایک بُنیادی سُر (fundamental note) اور اُس کے اعلیٰ تر ارتفاع کے بلند نغمات (harmonics of higher pitch) کا آمیزہ ہے۔ یہ بخوبی معلوم ہے کہ ادنیٰ سُر (low notes) ہوا میں سے مائع میں اتنی اچھی طرح منتقل نہیں ہوتے جتنی اچھی طرح کہ نسبتہً اعلیٰ سُر منتقل ہوتے ہیں۔ اس بنا پر خیال کیا جاتا ہے کہ ممکن ہے کہ بُنیادی سُر سیّال میں سے گذرنے نہیں پاتا اور سطح سینہ پر بالخصوص بلند نغمات (harmonics) ہی سُنے جاتے ہیں۔ اس کو اس طرح بہترین طور پر واضح کیا جاسکتا ہے کہ مریض کو ایسے الفاظ کا تلفظ کرنے کو کہا جائے جن میں حروف علت "ای" (e) اور "آئی" (i) موجود ہوں [مثلاً "تھری" (three) اور "نائنٹی نائن" (ninety-nine)] جن کا انحصار اعلیٰ تر بلند نغمات (higher harmonics) پر ہوتا ہے۔

استماعی قرع (auscultatory percussion)۔ اس عمل میں مسماع الصدر سینہ پر رکھ کر اُس کے گرد کی سطح پر قرع کیا جاتا ہے۔ اس کی خاص منفعت یہ ہے کہ

اس کے ذریعہ سے استرواح الصدر (pneumothorax) کی اصابتوں میں جرسی آواز (bell souund) یا حرو نحاسی (bruit d'airain) حاصل کی جاتی ہے۔ طبیب سینہ کے اُس حصہ پر جو استرواح الصدر سے ماؤف سمجھا گیا ہے، مساع الصدر سے استماع کرتا ہے اور ساتھ ہی ایک مددگار مریض کے سینہ پر ایک سکہ رکھ کر آہستہ دوسرے سکہ سے مار کر بجاتا ہے ۔ یہ آواز کھوکھلے کمرہ میں گمک حاصل کرتی ہوئی، مساع الصدر میں ایک بلند جھنکار دار موسیقی سُر (musical note) کے طور پر منتقل ہوتی ہے (نیز ملاحظہ ہو صفحہ 191)۔

التہاب قصبۃ الریہ (TRACHEITIS) اور نوعی سرایتیں

التہاب قصبہ ویسے ہی حالات و ماحول سے پیدا ہو جاتا ہے جو التہابِ حنجرہ پیدا کر دیتے ہیں ۔ حاد نازلتی التہاب قصبہ (acute catarrhal tracheitis) اکثر التہابِ حنجرہ اور شعبی التہاب (bronchitis) کے ساتھ ہوتا ہے، لیکن ان کے پیدا کردہ علامات اُسے پوشیدہ رکھتے ہیں ۔ کبھی کبھی یہ تنہا بھی ہوتا ہے ۔ ایسی حالت میں وہ کھانسی پیدا کر دیتا ہے، جو اکثر خشک (hacking)، شاید بہت زور کی یا دورے کے طور پر اور کسی قدر نفث (expectoration) کے ساتھ ہوتی ہے ۔ انفلوئنزا کے آغاز میں التہابِ قصبہ کے ساتھ نامعلوم مبدا کا تحت القصی درد موجود ہو سکتا ہے ۔ حنجرہ بین (laryngoscope) سے مخاطی جھلی ممتلی (congested) نظر آتی ہے، اور بعض اوقات قرحے (ulcers) بھی نظر آتے ہیں ۔ مساع الصدر سے قصبۃ الریہ کے اندر مخاطی لغطات (mucous râles) سنائی دیتے ہیں، لیکن مخاطی جھلی کا ورم اور مخاطی اجتماع زیادہ بُہر (dyspnoea) پیدا کرنے کے لئے عموماً کافی نہیں ہوتے ۔ مریض کے لئے ویسے ہی علاج کی ضرورت ہے جیسا کہ شعبی التہاب (bronchitis) میں کیا جاتا ہے، یعنے تپش گرم ہو، اور تکشف (exposure) سے پرہیز کیا جائے ۔ تکلیف دہ کھانسی میں مارفیا (morphia) ($\frac{1}{4}$ تا $\frac{1}{16}$ گرین) کے نفوخات (insufflations) سے افاقہ ہو سکتا ہے ۔ اور منفثات یعنے مخرج بلغم ادویہ (expectorants)، مثلاً اسقیل (squill) اور عرق الذہب

(ipecacuanha)، بھاپ یا لوبان (benzoin) کے استنشاقات (inhalations) اور عظم القص (sternum) کے بالائی حصے پر رائی کا لگانا کارآمد ہیں۔

قصبۃ الریہ پر ڈفتھیریا (diphtheria) کا حملہ ہوتا ہے، جو حنجرہ سے پھیل آتا ہے۔ چنانچہ کروپ (croup)، جو حنجری ڈفتھیریا کے سوائے اور کچھ نہیں، ایک زمانہ میں زیادہ تر التہاب قصبہ (tracheitis) ہی سمجھی جاتی تھی۔

128

کبھی کبھی حنجرہ کے تدرن کے ساتھ تدرن قصبۃ الریہ (tubercle of the trachea) بھی واقع ہوجاتا ہے۔ غشائے مخاطی یا تحت المخاطی بافت میں درنہ کے جماؤ کے بعد تقرح (ulceration) پیدا ہوجاتا ہے۔ یہ قرحے پچھلی دیوار پر زیادہ عام ہوتے ہیں، اور عموماً ۲ تا ۳ ملی میٹر ناپ کے ہوتے ہیں، لیکن ممکن ہے کہ یہ قطر میں ۱۰ ملی میٹر تک پہنچ جائیں۔ قصبی تدرن (tracheal tubercle) کے باعث جو علامات ہوتے ہیں وہ عموماً اُن علامتوں سے پوشیدہ ہوجاتے ہیں جو کہ حنجرہ یا شُش کے ہمزمان مرض کا نتیجہ ہوتے ہیں۔

آتشک (syphilis) بھی اپنے درجۂ ثانوی یا ثالث میں قصبۃ الریہ کو ماؤف کرکے مختلف اصابتوں میں اِمتلاء (congestion)، (شاذ حالتوں میں) فلطا جیسے (condylomas) اور اوپری قرحے پیدا کردیتی ہے۔ لیکن سب سے زیادہ اہم تغیر قصبہ کا تضیق (stricture) ہے۔ قصبۃ الریہ بیشتر اوقات اپنے زیرین سرے پر، اور نسبتہً کم عام طور پر اپنے بالائی سرے پر ماؤف ہوتا ہے۔ اور یہ تضیق ممکن ہے کہ محض ایک ہی مقام پر تنگی ہو، یا ممکن ہے کہ قصبہ کے ایک بڑے طول کا قطر یہ (calibre) کم ہوجائے۔ غشائے مخاطی بندوں اور حیدوں (ridges) کی صورت میں اُبھر آتی ہے، جن کے متعلق یہ سمجھا گیا ہے کہ یہ ایسے سابقہ قروح کے ندبات (cicatrices) ہیں کہ جن سے پہلے ممکن ہے صمغیے (gummas) ہوچکے ہوں۔ لیکن جرمن ماہرین امراضیات ان دبازتوں کو آتشک کا راست نتیجہ، اور تقرح کو ثانوی خیال کرتے ہیں۔ آخری درجوں میں غضروفی حلقے منکشف اور تنخرزدہ ہوکر یا تو نفث میں خارج ہوجاتے یا جذب ہوجاتے ہیں۔ بعض اوقات تضیق (stricture) کو حنجرہ بین کی وساطت سے مزمار (glottis) کے نیچے دیکھا جاسکتا ہے۔ اس تضیق کے علامات، تشخیص اور معالجے

سے لئے ذیل میں قصبی تسدد (tracheal obstruction) کے عنوان کے تحت ملاحظہ فرمائیں۔

قصبۃ الریہ کی نوبالیدیں

(NEW GROWTHS IN THE TRACHEA)

قصبۃ الریہ اولی نوبالیدوں سے، خواہ وہ سلیم (benign) ہوں یا خبیث (malignant) حیرتناک طور پر کم ماؤف ہوتا ہے۔ جب یہ بالیدیں موجود ہوتی ہیں تو بُہر (dyspnœa) پیدا کر دیتی ہیں، اور حنجرہ بین (laryngoscope) یا شعبیہ بین (bronchoscope) کی مدد سے شناخت کی جا سکتی ہیں۔ زیادہ کثرت کے ساتھ مری کا سرطان یا واسط (mediastinum) کا سرطان متصلہ قصبۃ الریہ کے اندر بڑھ کر اس کے مجری کو تنگ کر دیتا اور تضیق (stricture) کے علامات پیدا کر دیتا ہے۔ جب وہ مری سے پھیلتا ہے تو پہلے عسر البلع (dysphagia) ہوتا ہے، لیکن سرطانِ واسط (carcinoma of the mediastinum) کی پہلی دلالت ممکن ہے کہ قصبی علامات ہی ہوں۔ سلعات سے قصبہ کے ماؤف ہونے کا ایک دوسرا طریقہ یہ ہے کہ وہ اُسے محض باہر سے دبا دیتے ہیں۔

چوں کہ ان تمام اصابتوں میں خاص علامات کا انحصار قصبہ کے قطریہ کی تخفیف پر ہوتا ہے، اور چونکہ یہ تخفیف ایسے سلعات کے علاوہ دوسرے اسباب سے بھی واقع ہو سکتی ہے، لہذا مناسب ہوگا کہ قصبی تسدد کی امراضیات (pathology) اور سریریاتی خصائص پر علیحدہ غور کیا جائے۔

قصبی تسدّد

(TRACHEAL OBSTRUCTION)

اس کے اسباب کی گروہ بندی تین عنوانوں کے تحت کی جا سکتی ہے:-

(۱) باہر سے دباؤ۔ (۲) تغیرات جو خود قصبہ کی دیواروں میں ہو جائیں (تضیّق =stricture)۔ (۳) اور اس کے اندر اجسام غریبہ (foreign bodies) کی موجودگی۔

قصبہ کا انضغاط (compression of the trachea)۔ اس کے عام ترین اسباب واسطی نوبالیدیں (mediastinal new growths) اور طی یا بڑے عروق کا انورسما، جسم درقی کی کلانی اور گردن کے سلعات خبیثہ ہیں۔ مَری کا سرطان بھی قصبہ کو دبا سکتا ہے لیکن یہ جلد ہی قصبہ پر حملہ آور بھی ہو جاتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ان دونوں انبوبات کے درمیان انثقاب (perforation) واقع ہو جاتا ہے۔ کبھی کبھی بچوں میں شعبی غدد کا تجبّن (caseation) اور تقیّح (suppuration) واقع ہو کر ان کی کلانی پیدا ہو جاتی ہے جس سے قصبۃ الریہ دب جاتا ہے اور اگر پھوڑا قصبہ کے اندر پھوٹ پڑے تو پیپ یا متجبن غدد کے حصے نفث کے ذریعہ خارج ہوتے ہیں۔ کسی دوسرے طریقے [شوکہ کی بوسیدگی (caries of the spine)، مقامی دبیلہ (localised empyema)] سے پیدا شدہ واسطی خراج (mediastinal abscess)، مطرانی ضیق (mitral stenosis) کی اصابتوں میں متسع بایاں اذین اور بچوں میں بڑھا ہوا غدۂ تیموسیہ (thymus)، یہ کبھی کبھی قصبی دباؤ کا موجب ہو جاتے ہیں۔

تضیّق (stricture)۔ اس کا خاص سبب آتشک ہے جس پر پہلے ہی غور کیا جا چکا ہے۔

اجسام غریبہ قصبۃ الریہ کے اندر شاذ و نادر ہی محبوس رہتے ہیں لیکن زیادہ عام طور پر وہ ایک یا دوسرے شعبہ کے اندر گر جاتے ہیں، گو یہ ممکن ہے کہ وہ تنفسی رَووں سے قصبہ میں اوپر نیچے حرکت کرتے ہوں۔

علامات۔ اہم ترین علامات بُہر (dyspnoea) اور صرصری تنفس (stridulous breathing) ہیں۔ ان کے ساتھ اکثر کھانسی ہوتی ہے اور پتلے جھاگ دار مخاط کا نفث نکلتا ہے۔ آواز غیر متاثر رہتی ہے، یا کمزور ہوتی ہے کیونکہ تسدد زفیری ہوا (expired air) کی رَو کو کمزور کر دیتا ہے۔ سینہ گمک دار (resonant) ہوتا ہے لیکن حویصلی خریر (vesicular murmur) کمزور ہوتا ہے یا صَرصرہ (stridor) کے شور کی وجہ سے سنائی نہیں دیتا۔ قصبی ضیق کے ساتھ دوسری

علامات اُس ضرر کی وجہ سے ہوتی ہیں جو ضیق پیدا کرتا ہے۔ یہ علامتیں بعض اوقات اُورطی اَنورِسا یا عمیق المقام واسطی سلعہ (mediastinal tumour) کی حالت میں ابتداءً بالکل غائب ہوتی ہیں۔

جب قصبی تضیق یا قصبی انضغاط ایک خاص حد تک پہنچ جاتا ہے تو مریض پر شدید بُہر اور ساتھ ہی زراق (cyanosis) کے ناگہانی حملے ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ ان میں سے چند دوروں سے تو ممکن ہے کہ وہ شفایاب ہو جائے لیکن تیسرے یا چوتھے یا بعد کے کسی دَورے میں وہ غالباً ہلاک ہو جائے گا۔

تشخیص۔ یہ حسب ذیل امور کے درمیان کرنی پڑتی ہے:- (۱) تسددِ قصبۃ الریہ اور تسددِ حنجرہ کے درمیان۔ (۲) قصبی تسدد کے مختلف اسباب کے درمیان۔

حنجرہ بین، حنجری مرض کی غیر موجودگی کو فی الفور ظاہر کردے گی۔ قصبی تضیق کی موجودگی، یا قصبہ کو دبانے والے سلعہ یا انورسما کی موجودگی، حنجرہ بین سے، یا اگر اس سے ناکامی ہو، تو شعبہ بین (bronchoscope) سے بھی بتلائی جا سکتی ہے۔ اگر ممکن ہو تو اس امر کا تعین متذکرۂ بالا دَوروں کے وقوع سے پہلے ہی کر لینا چاہیئے، کیونکہ ممکن ہے کہ دَوروں کی حالت میں ان آلات کا استعمال مشکل ہو اور مزید برآں ممکن ہے کہ دورے حنجری تشنج (laryngeal spasm) کا غلط ایما کر دیں جس کا نتیجہ یہ ہو کہ عاجلانہ اور غیر ضروری قصبہ شگافی کر دی جائے۔ حنجری اور قصبی تسدد کے اثرات کے درمیان بعض اختلافات ہوتے ہیں۔ ان میں سے ایک وہ ہے جسے گرہارٹ (Gerhardt) نے دیکھا ہے کہ حنجری تسدد میں، حنجرہ، تنفسی حرکات کے دوران میں گردن میں اوپر اور نیچے کی طرف بڑی دُور تک حرکت کرتا ہے، درآنحالیکہ قصبی تسدد میں وہ محض خفیف سی حرکت کرتا ہے۔ حنجری تسدد میں سر پیچھے کو گر جاتا ہے لیکن قصبی تسدد میں سر اکثر سامنے کو جھکا ہوا ہوتا ہے۔ اگر حنجری تسدد کی وجہ عضلات مبعدہ کا شلل (abductor paralysis) ہو تو صَرصرہ (stridor) زیادہ تر شہیقی (inspiratory) ہوتا ہے، مگر قصبی تسدد میں کچھ صرصرہ عموماً زفیر (expiration) کے ساتھ ہوتا ہے۔ تاہم حنجری تسدد کی بعض اصابتوں میں صرصرہ ہر دو تنفسی افعال کے ساتھ واقع ہوتا ہے۔ قصبہ کا استماع (auscultation) یقیناً مغالطہ دہ ہوتا ہے، کیونکہ خواہ ضیق (stenosis) قصبۃ الریہ کے اندر ہو بلند ترین

(loudest) صرصرہ حنجرہ پر ہی سنائی دیتا ہے۔ زیر بحث نکتہ عملی اہمیت رکھتا ہے، کیونکہ قصبہ شگافی (tracheotomy) سے ممکن ہے کہ حنجری تسدد کا ازالہ ہو جائے مگر اس سے قصبی تسدد کا ازالہ ہونا شاذ ہے۔ اور جب اس نوعیت کا عملیہ مریض کو کوئی امکانی فائدہ نہیں پہنچا سکتا تو مستحسن یہ ہے کہ اُسے اِس سے معاف ہی رکھا جائے۔ لیکن ممکن ہے کہ گردن میں کی یا سینہ کے بالائی حصہ میں کی کسی نوبالیدیا اَنورسما سے یہ دونوں تسددات پیدا ہو جائیں، یعنے ایک تو بلاواسطہ قصبۃ الریہ پر دباؤ پڑنے سے، اور دوسرا بالواسطہ بازگرد حنجری اعصاب (recurrent laryngeal nerves) پر دباؤ پڑنے سے جس سے عضلات مُبَعّدہ کا شلل پیدا ہو جاتا ہے۔

قطع نظر اُس امداد کے جو حنجرہ بین یا شعبہ بین سے حاصل ہوتی ہے، قصبی تسدد کے سبب کی شناخت کا انحصار دیگر علامات پر بھی ہوتا ہے جو کہ ساتھ پائی جاتی ہیں (collateral symptoms)-انضغاط کا کوئی منبع غالباً دوسرے اعضاء و احشاء کو بھی ماؤف کر دے گا' اور اِسی طرح عسرالبلع' سرگردن یا بازو کی وریدوں کا تسدد' متناظر اعصاب پر دباؤ' اور عظم القص کے عقب میں یا سینہ کے بالائی حصے پر ایک طرف اصمیت (dulness) پیدا کر دے گا۔ اس کے برعکس جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے' اُس تضیق کو جو آتشک کے باعث ہو ایسے علامات سے مبرّا ہونا چاہئے۔ لیکن جب اَورطی کا اَنورسما قصبہ کو دباتا ہے تو ابتداءً ایسی کوئی دوسری علامت ظاہر نہیں ہوتی کہ جس سے وہ شناخت کیا جا سکے۔ اَنورسما اور درون صدری بالیدوں کے درمیان تفریق کرنے کے لئے قارئین درون صدری نوما یہ جات (intra-thoracic neoplasms) کا بیان ملاحظہ فرمائیں (ملاحظہ ہو صفحہ 181)- ہر دو صورتوں میں رانجنی شعاعوں (Röntgen rays) سے کچھ امداد مل سکتی ہے۔

انذار۔ یہ نہایت ناموافق ہوتا ہے' کیونکہ اُن اسباب پر جو کہ نسبتہً عام ہیں' معالجہ کا چنداں اثر نہیں ہوتا۔ لیکن ممکن ہے کہ قصبہ کو دبانے والے پھوڑوں کی شاذ اصابتیں پھوڑے کے پھوٹ جانے پر شفایاب ہو جائیں۔

علاج۔ داعیات (indications) یہ ہیں :- (۱) اگر ممکن ہو تو سبب مرض کا دور کرنا۔ (۲) جہاں تسدد بالائی حصّے میں ہو قصبہ کو مقام تسدد سے نیچے

کھول دینا اور (۳) علامات اور ثانوی نتائج کا ازالہ کرنا ایک مرضی غدہ درقیہ (thyroid) یا بیش پرورده تیموسیہ (hypertrophied thymus) کو نکال کر خارج کر دینا چاہیئے، اور گردن کے بڑے ہوئے غدد یا بالیدوں کو بھی اسی طرح پھوڑے جہاں قابل رسائی ہوں حتی الامکان کھول دینے چاہئیں۔ لیکن ایسے موقعے نادر الوقوع ہیں۔ اگر انورسما کی تشخیص ہو گئی ہو تو اُس حالت کا مناسب علاج عمل میں لانا چاہیئے، اور بیّن تضیق (stricture) کے لئے پارہ اور پوٹاسیئم آیوڈائڈ یا سال ورسان (salvarsan) کے ذریعہ سے فعال دافع آتشک علاج عمل میں لانا چاہیئے، بالخصوص جب کہ تعامل واٰزرمن (Wassermann) مثبت حاصل ہوا ہو۔ آیوڈائڈ کا استعمال ہر ایسی اصابت میں کیا جا سکتا ہے جس میں تسدد کے سبب کے متعلق قطعی تشخیص کرنے کے لئے کافی معطیات (data) حاصل نہ ہوں۔ جسم غریب (foreign body) کی صورت میں قصبہ شگافی (tracheotomy) کا عملیہ کرنا چاہیئے اور پھر مریض کو الٹا کر یا ہلا کر، یا ایک شعبہ بین (bronchoscope) میں سے خاص قسم کا کلاب استعمال کر کے جسم غریب کو نکالنے کی کوشش کرنی چاہئیں۔

130

شعبی التہاب

(BRONCHITIS)

بحث اسباب۔ شعبی التہاب ایک اولی مرض کے طور پر واقع ہو سکتا ہے، اور ایسی صورت میں وہ غالباً اس "معمولی زکام" ("common cold") کی ایک قسم ہے جو صفحہ 195 پر بیان کیا گیا ہے، اور اُس کی جرثومیات اور طریقہ سرایت بھی اسی کے جرثومیات اور طریقہ سرایت کے مماثل ہوتے ہیں۔ اس قسم کا شعبی التہاب اکثر حنجرہ اور انفی غشائے مخاطی کے التہاب کے ساتھ یا اس کے پہلے ہوتا ہے، یا ممکن ہے کہ التہاب آخر الذکر مقامات کے اندر شروع ہو اور پھر نیچے کو شعبات تک پھیل جائے۔ درحقیقت زکام کے باب (section) کا مطالعہ شعبی التہاب کے

خراشں آور بخارات کے ساتھ، یا ٹھوس ذرات (جیسے کہ گرد و غبار، کہر) کی حامل ہوا کے ساتھ، یا سرد مرطوب اور تغیر پذیر آب و ہواؤں کے ساتھ، یا کانوں کی یا بعض کارخانوں کی ہوا کے ساتھ ہو۔ شعبی التہاب، شعبی انبوبات کے اندر اجسام غریبہ کی حقیقی موجودگی سے بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ ایسا ہونا مقابلۃً شاذ ہے، لیکن انبوبات کے اندر انصباب شدہ خون بھی اس طریقہ سے عمل کر سکتا ہے، اور شعبی التہاب جرم شش کے اندر درنہ یا سرطان (carcinoma) کے جماؤ سے بھی ہمیشہ واقع ہو جاتا ہے۔ شعبی التہاب ان نازلتی عضویات (catarrhal organisms) میں سے کسی ایک کے باعث ہو سکتا ہے جو بصاق (sputum) کے اندر موجود رہتے ہیں، جیسے کہ نبقۂ ریوی (pneumococcus)، فریڈلینڈر کا عصیۂ ریوی (pneumobacillus)، نبقات سبحیہ (streptococci)، خرد نبقہ نازلتی (M catarrhalis)، نبقات عنبیہ (staphylococci)، خرد نبقہ چہارنرا (M. tetragenus)، اور کبھی کبھی عمومی عصیۂ قولونی (bacillus coli communis)۔ نیز یہ ہر قسم کی ماسکی سرایت (focal infection) اور خاص کر جوفی مرض (sinus disease) سے ثانوی طور پر پیدا ہو سکتا ہے۔ بعض ساری امراض مثلاً تپ محرقہ (typhoid fever)، کھسرا، ڈفتھیریا، انفلوئنزا، اور کالی کھانسی (whooping cough) کے ساتھ شعبی التہاب ہمیشہ پایا جاتا ہے، اور مرض برائٹ (Bright's disease) میں یہ اکثر موجود ہوتا ہے۔ شعبی التہاب اور دمہ (asthma) کا باہمی تعلق کیا ہے یہ بعد میں بیان کیا جائے گا۔

شعبی التہاب شیر خواروں، چھوٹے بچوں، اور ضعیف العمر اشخاص میں خاص طور پر پھیلا ہوا ہوتا ہے، اور جوان سال بالغ اور ادھیڑ عمر والے اس میں نسبتہً بہت کم مبتلا ہوتے ہیں۔ آرام طلب عادتوں سے، گرم کمروں میں بند رہنے سے، اور غیر ضروری طور پر اوڑھے لپیٹے ہوئے رہنے سے اس کے موضوع میں یہ رجحان پیدا ہو جاتا ہے کہ وہ مقابلۃً خفیف تکشف (exposure) ہی سے شعبی التہاب میں مبتلا ہو جاتا ہے۔ اسی طرح وہ لوگ جو کمزور صحت رکھتے ہوں، یا ناکافی غذا، تکان پیدا کرنے والے پیشوں، یا خراب صحی حالات کی وجہ سے پست ہو گئے ہوں، اس میں بآسانی مبتلا ہو جاتے ہیں۔ قلب کا مرض، جو پھیپھڑوں کے دوران خون میں مزاحم

ہوتا ہے، شعبی التہاب کا سببِ مُعِدّ (predisposing cause) ہے۔ موسم گرما کی نسبت سرما میں شعبی التہاب بہت زیادہ عام ہوتا ہے۔ مزمن شعبی التہاب حاد شعبی التہاب کے ایک ہی حملہ کے بعد یا مکرر حملوں کے بعد پیدا ہو سکتا ہے، اور یہ بھی ممکن ہے کہ مزمن شعبی التہاب کی موجودگی پر حاد شعبی التہاب کا اضافہ ہو جائے۔

امراضیات (pathology)- سب سے زیادہ ماؤف ہونے والا حصہ غشائے مخاطی ہے، لیکن مرض کی شدید یا طویل اصابتوں میں تحت المخاطی طبقہ (submucosa)، اور شاذ مثالوں میں شعبی انبوبات کی کڑیاں، اور شش کے وہ حصے جو ہم پہلو ہیں، ماؤف ہو جاتے ہیں۔ پہلا اثر یہ ہوتا ہے کہ غشائے مخاطی کی عروقیت (vascularity) اور ورم میں زیادتی ہو جاتی ہے، اور تھوڑے عرصے کے بعد اس کی سطح سے بہ کثرت افراز نکلتا ہے۔ یہ افراز ایک صاف سیال ہوتا ہے جس میں مخاط (mucus) موجود ہوتی ہے لیکن اس میں خون کے سپید خلیے (leucocytes) اور جھڑے ہوئے سرحلمی خلیے بھی موجود ہوتے ہیں۔ آخری درجوں میں یہ افراز سپید خلیوں کی بڑھتی ہوئی تعداد کی موجودگی کی وجہ سے نسبتہً زیادہ غیر شفاف اور زرد ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ اس افراز میں ایسے خلیات پائے جائیں جو کہ انحطاطی حالت میں ہوں، یا ایسے خلیات جن میں تنفسی ہوا سے اخذ کردہ کاجل یا میل موجود ہو۔

مہلک اصابتوں میں انبوبات اکثر سبزی مائل پیپ سے بھرے ہوئے دیکھے جاتے ہیں (ریمی شعبی التہاب: purulent bronchitis)- بعض اوقات سب سے چھوٹے انبوبات ماؤف ہو جاتے ہیں۔ اگر شش کے اوپری حصے کی ایک قاش کاٹ لی جائے اور متکشفہ تراشش کو دبا کر نچوڑا جائے، تو کٹی ہوئی سطح سے پیپ کے چھوٹے چھوٹے قطرے بکثرت باہر رستے ہوئے نظر آئیں گے۔ یہ حالت **شعری شعبی التہاب** (capillary bronchitis) یا **التہاب شعبات** (bronchiolitis) ہے۔ فرینکل (Fraenkel) ایک لیفی انطماسی شعیبی التہاب (bronchiolitis fibrosa obliterans) بیان کرتا ہے جو خراشش آور ہوا یا گرد و غبار میں کام کرنے والوں میں ہوتا ہے۔ اس میں شعیبات (bronchioles) اتصالی بافت کی حاد یا تحت الحاد (subacute) بالیدگی سے مسدود ہو جاتے ہیں۔

183

جب معمولی نازلتی اصابتوں میں التہابی عمل کافی طویل عرصہ تک جاری رہتا ہے تو شعبتوں کے لیفی طبقات دبیز اور سپید خلیوں سے دررِیختہ (infiltrated) ہوجاتے ہیں۔ عضلی ریشے دباؤ کی وجہ سے ذبول ہوجاتے ہیں۔ اور کرتیاں اور مخاطی غدد بھی اسی سبب سے غائب ہوجاتے ہیں۔ بالآخر بہت سی اصابتوں میں شعبی انبوبات متسع ہوکر چوڑے تکلے نما یا اُستوانی مجاری بن جاتے ہیں، جو اکثر شش کی سطح تک پہنچے ہوئے ہوتے ہیں (تمدد الشعب: bronchiectasis)۔

شعبی التہاب کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ خود شش کی ساخت میں اہم تغیرات واقع ہوجاتے ہیں۔ یعنے حادشعری شعبی التہاب سے لختکی هبوط (lobular collapse) اور شعبی ذات الریہ (broncho-pneumonia) پیدا ہوسکتا ہے۔ مزمن شعبی التہاب کے بعد حُویصلی نفاخ (vesicular emphysema) اور بعض اوقات مزمن رخنکی ذات الریہ (chronic interstitial pneumonia) ہوجاتا ہے۔ آخر الذکر تینوں کا تذکرہ جُدا جُدا کیا جائے گا۔

لختکی هبوط (lobular collapse)، انفرادی لختکوں میں اس وقت ہوتا ہے کہ جب اُن تک پہنچانے والے شعبی اُنبوبات مخاط سے مسدود ہوجاتے ہیں لو اس کی وجہ یہ ہے کہ جب کوئی اُنبوبہ مسدود ہوجاتا ہے تو اُس کے اندر کی محبوس ہوا ایک غیر متحرک حالت میں ریوی شعریات کے ساتھ متماس رہنے سے جذب ہوجاتی ہے، اُسی طرح جس طرح کہ وہ ہوا جو کہ تحت الجلدی خلوی بافت کے اندر داخل ہوگئی ہو۔

شریانی خون کے امتحان سے حاصل شدہ تجربی شہادت (7) موجود ہے کہ شعبی التہاب کی شدید اصابتوں میں جو بُہر (dyspnœa) پایا جاتا ہے اس کی وجہ CO_2 کا احتباس (retention) اور آکسیجن کی قلت ہیں، اور یہ احتباس اور قلت غالباً شعبی تشنج کے باعث رونما ہوتے ہیں۔

طبیعی امارات۔ معائنہ کرنے پر تنفس تیز نظر آتا ہے۔ سینہ متشاکل (symmetrical)، اور عام طور پر متوسط درجہ کے بیشِ تمدد کی حالت میں ہوتا ہے۔ تنفس کے معین عضلات (accessory muscles) قوی عمل کرتے ہوئے نظر آتے ہیں، اور زفیر (expiration) طویل ہوتا ہے۔ بعض اوقات دوران شہیق (inspiration)

میں بین الاضلاعی فضائیں اندر کو چوس لی جاتی ہیں۔ قرع (percussion) کرنے پر عموماً ایک طبعی گمک دار آواز نکلتی ہے، لیکن ہوائی حویصلوں کے عارضی بیش تمدد کے باعث کبھی کبھی خفیف سی بیش گمک (hyperresonance) پائی جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ جمع شدہ افراز سے یا ہبوط (collapse) کے باعث گمک میں کمی ہو جائے۔ استماع (auscultation) ظاہر کرتا ہے کہ شہیق اور زفیر دونوں کے ساتھ صفیری خرخرات (sibilant rhonchi) یا رنّان خرخرات (sonorous ronchi) موجود ہوتے ہیں (جس کا انحصار ماؤف انبوبات کی جسامت پر ہوتا ہے)، یا مختلف اقسام کے لغطات (râles) موجود ہوتے ہیں، یا خرخرات (rhonchi) اور لغطات (râles) دونوں بیک وقت موجود ہوتے ہیں۔ زیادہ موٹے خرخرات (coarser rhonchi) اکثر سینہ پر رکھے ہوئے ہاتھ سے محسوس ہو جاتے ہیں، بلکہ ممکن ہے کہ خود مریض کو، یا اُس کے پاس کھڑے ہوئے اشخاص کو بھی سنائی دیں۔ زیادہ بڑے یعنی موٹے لغطات (coarser râles) زفیر اور شہیق دونوں کے ساتھ، اور نہایت باریک لغطات (finest râles) صرف شہیق کے ساتھ سنائی دیتے ہیں۔ یہ اصوات تمام اصابتوں میں یا مرض کے تمام درجوں میں یکساں طور پر نہیں موجود ہوتے۔ بہت سی اصابتوں میں تنہا خرخرات (rhonchi) موجود ہوتے ہیں۔ شدید اصابتوں میں یہ اصوات مختلف طور پر مخلوط ہو کر سارے سینہ پر سنائی دیتے ہیں، اور ممکن ہے کہ حویصلی خریر (vesicular murmur) کو بالکل دبا دیں۔ شعبی عضلہ کے تشنج کی صورت میں زفیر (expiration) نمایاں طور پر طویل ہو جاتا ہے۔

حاد شعبی التہاب کے علامات۔ ابتداءً قدرے کسلمندی (malaise) اور سینہ میں تنگی کا احساس ہوتا ہے، اور کھانسی واقع ہوتی ہے لیکن بُساق (sputum) بالکل نہیں ہوتا۔ خفیف اصابتوں میں عام اختلال محض خفیف سا ہوتا ہے، اور بیماری کھانسی تک محدود ہوتی ہے۔ شدید اصابتوں میں قدرے تپ ہو کر تپش ۱۰۰ یا ۱۰۱ درجہ تک بلند ہو جاتی ہے، اشتہا جاتی رہتی ہے، زبان قمر آلود ہو جاتی ہے اور آنتوں کا فعل سُست، اور قارورہ قلیل المقدار ہو جاتا ہے۔ کھانسی ابتداءً کھڑی اور خشک ہوتی ہے، اُس کے ساتھ اکثر عظم القص کے پیچھے درد ہوتا ہے اور

جبری زفیر (forced expiration) کے عضلات میں بھی درد ہوتا ہے جس کی وجہ وہ بار (strain) ہے جو اُن پر پڑتا ہے۔ اس وقت نفث محض قلیل المقدار ہی ہوتا ہے، اور پتلی، جھاگ دار مخاط پر مشتمل ہوتا ہے جس کے ساتھ ممکن ہے کبھی کبھی خون کی دھاری موجود ہو۔ چند روز کے بعد کھانسی نسبتاً زیادہ آسان اور زیادہ ڈھیلی ہوجاتی ہے اور نفث (expectoration) مقدار میں زیادہ وافر، زیادہ غیر شفاف، اور زرد اور سبز ہوجاتا ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ اُس میں خون کے سپید خلیوں کی بڑھتی ہوئی مقداروں کا اضافہ ہوتا جاتا ہے۔ نسبتاً خفیف تر اصابتوں میں نفث، دورانِ خواب میں جمع ہوجانے کی وجہ سے، صبح کے وقت عموماً زیادہ نکلتا ہے، اور شہروں میں یہ بُساق (sputum) اکثر اوقات کرۂ ہوائی سے اخذ کردہ رنگ کے باعث سیاہ ہوتا ہے۔ بُہر (dyspnœa) اکثر زیادہ ہوتا ہے، اور مریض کو بستر میں سیدھا بیٹھنا پڑتا ہے (انتصابی تنفس: orthopnœa)، اور تمام تنفسی عضلات کو حرکت میں لانا پڑتا ہے۔

کچھ عرصہ کے بعد مخاط آمیز ریم (muco-pus) کا افراز کم ہوجاتا ہے، کھانسی نسبتاً کم مرتبہ آنے لگتی ہے، اور بتدریج علامات رفع ہوجاتے ہیں۔ جب اُس شکل میں کہ جسے اوپر شعری شعبی التہاب (capillary bronchitis) کے نام سے بیان کیا گیا ہے صغیر ترین شعبی انبوبات، ریمی افراز سے پُر ہوجائیں، تو حالت نہایت خطرناک ہوتی ہے، بالخصوص بالکل چھوٹے بچوں میں۔ شدید بُہر، چہرے اور اطراف کا سخت زراق (cyanosis) یا کبودی (lividity)، اور سریع خستگی (exhaustion) واقع ہوتی ہے۔ کھانسی ابتداءً بار بار آتی ہے، اور اُس کے ساتھ لزج چکدار مخاط، یا مخاط آمیز پیپ، یا پیپ نفث میں بافراط خارج ہوتی ہے۔ مابعد درجوں میں مریض کبود اور غنودہ (drowsy) ہوجاتا ہے۔ اُس کی نبض زیادہ کمزور اور زیادہ سریع ہوجاتی ہے۔ تہییجی مساعی نسبتاً کم کارگر ہوتی ہیں۔ اور بین الاضلاع فضائیں زیادہ اندر چوسی ہوئی ہوتی ہیں۔ نفث بتدریج کم ہوجاتا ہے، اور موت سے پہلے دماغی دورانِ خون کا اختلال قوما (coma) سے ظاہر ہوتا ہے، جس کے ساتھ اکثر خفیف ہذیان بھی ہوتا ہے۔

132

مزمن شعبی التہاب کے علامات۔ اس کے خاص صفات، دراصل حاد قسم کے صفات سے مختلف نہیں۔ لیکن اس میں تپ اور وہ بنیئی اختلال نہیں ہوتا جو حاد حملوں میں

واقع ہوتا ہے، اور طویل مدت تک جاری رہنے کے بعد مستقل قسم کے ثانوی نتائج پیدا ہو جاتے ہیں۔ خود شش میں نفاخ (emphysema) اور اتساعِ انبوبات (تمدد الشعب bronchiectasis:) واقع ہو جاتا ہے جن کا بیان بعد میں دیا جائے گا۔ لیکن مزمن شعبی التہاب کے اثرات شش سے بھی آگے تک محسوس ہوتے ہیں۔ چنانچہ نفاخ (جس کا بیان ملاحظہ ہو) ریوی دورانِ خون میں مزاحم ہوتا ہے اور دایاں قلب بیش پرورده ہو جاتا ہے ممکن ہے کہ دایاں قلب بالآخر متسع ہو جائے، اور ایسا ہونے پر عام وریدی نظام متاثر ہو جاتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اطراف زیریں کا تہبج، امتلائے جگر، استسقائے شکمی (ascites) اور البیومن بولیت واقع ہو جاتے ہیں۔ ایسے حالات کے تحت اکثر سہ شرفی بازروی (tricuspid regurgitation) واقع ہو کر اس کا ممیز و مخصوص خریر (murmur) پیدا ہو جاتا ہے (ملاحظہ ہوں امراض قلب)۔ طویل المدت اور شدید مزمن شعبی التہاب، مریض کی قوت پر ایک خطرناک اثر ڈالتا ہے۔ نیند میں خلل، نفث وافر، اور ہاضمہ خراب ہونے کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ تغذیہ بگڑ جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ لاغری بہت ہو جائے۔ بعض اصابتوں میں یہ بھی ممکن ہے کہ اس آخری درجہ میں ایک عادتی قسم (hectic type) کا حموی تعامل واقع ہونے لگے۔ مزمن شعبی التہاب کے اقسام عام طور پر حسب ذیل بیان کئے جاتے ہیں:—

۱۔ اصابتوں کی نسبتہً بہت بڑی تعداد سُعالِ شتّائی (winter cough) کے عنوان کے تحت آتی ہے، جو متذکرۂ بالا طریقہ پر واقع ہوتی ہے۔ یہ کھانسی تغیر پذیر ہوتی ہے اور بعض اوقات یہ دوروں کی صورت میں آتی ہے، اور رات کے وقت زیادہ تکلیف دہ ہوتی ہے۔ صبح کے وقت بھی اکثر شدید کھانسی ہوتی ہے جو بوقت استراحت جمع شدہ افرازات کو نکالنے کے لئے کافی ہوتی ہے۔ نفث، مرض کی شدت یا وسعت کے لحاظ سے یا تو مقدار میں کم، پتلا، مخاط آمیز، اور جھاگ دار ہوتا ہے، اور صبح کے وقت اُس میں سیاہ رنگ موجود ہوتا ہے۔ یا وہ زرد یا زردی مائل سبز اور مخاطی ریمی (muco-purulent) ہوتا ہے، اور اُس میں ہوا بہت کم ہوتی ہے۔ یا ممکن ہے کہ وہ بالکل بے ہوا، مائع، سبز پیپ ہو۔ اس صورت میں بُساقات (sputa) عموماً ظرف کے اندر باہم مخلوط ہو جاتے ہیں، اور وہ سکہ نما کیفیت (numinular character) جو سِل ریوی میں

عام ہوتی ہے نہیں ظاہر کرتے ۔ خردبین کے نیچے، کثیر التعداد ریمی خلیوں کے علاوہ، سرحلمی خلیے جن میں چربی ہوتی ہے، اور غیر مرض زا خرد عضویے دکھائی دیتے ہیں۔ کبھی کبھی نفث کے اندر خون موجود ہوتا ہے جو عموماً دھاریوں کی صورت میں ہوتا ہے لیکن شاذ حالتوں میں تودوں کے طور پر یا کسی بڑی مقدار میں ہوتا ہے۔

۲۔ خشک شعبی التہاب (dry bronchitis) یا خشک نازلت (dry catarrh)، مزمن شعبی التہاب کی ایک قسم ہے جس میں افراز نہایت کم ہوتا ہے۔ کھانسی متواتر، تند اور طویل ہوتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ چہرے کا شدید امتلا واقع ہو جاتا ہے۔ لیکن بُساق یا تو بالکل نہیں ہوتا، یا صرف لوچدار (tough) مخاط کی قلیل مقدار پیدا ہوتی ہے۔ سینہ میں بہت خراش (soreness)، اور نسبتۃً چھوٹے انبوبات کے تشنج کی وجہ سے بہت بُہر (dyspnœa) ہوتا ہے۔

۳۔ اس شاذ حالت میں جسے نزلۂ شعبیہ (bronchorrhœa) یا مخاط دار نازلت (pituitous catarrh) کہتے ہیں، سرایت کی خاص زد مخاطی غدد پر پڑتی ہے۔ کھانسی تکلیف دہ ہوتی ہے، اور بُساق کو باہر نکالنے کی کوشش میں دورہ کی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔ بالآخر جو بُساق نکلتا ہے وہ یا تو پتلا ہوتا ہے یا گاڑھا اور چپچپا (ropy)، جو انڈے کی بغیر اُبالی ہوئی سپیدی کی طرح نظر آتا ہے جس میں چھوٹے شعبات سے نکلے ہوئے زردی مائل سپید رنگ کے صمامات (plugs) کی دھاریاں ہوتی ہیں، اور یہ سب جھاگ سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے۔ ایک ایسی اصابت میں جو کہ حال ہی میں بیان کی گئی ہے (8)، چوبیس گھنٹے کے اندر ایک پائنٹ نفث نکلا، اور یہ کئی مرتبہ تھوڑی تھوڑی مقداروں میں دقت کے ساتھ خارج ہوا، اور کھانسی کا ہر دورہ ختم ہونے پر ایک یا زائد مخاطی صمامات (mucous plugs) کا اخراج ہوا۔ لیکن جہاں مجموعی حجم کی مقدار چار یا پانچ پائنٹ ہو ایک ہی وقت میں بڑی مقداریں مقابلۃً خفیف سی کوشش سے ہی خارج کی جا سکتی ہیں۔ تہیج شش سے نزلہ شعبیہ کی شناخت اس طرح سے ہو سکتی ہے کہ تہیج کی حالت میں جھاگ کو اوپر سے علیحدہ کر دینے کے بعد، اس سیال کا رنگ زرد یا عنبری ہوتا ہے اور اس کے البیومینی جزو کی مقدار زیادہ ہوتی ہے۔

۴- گندیدہ یا مُتعفن شعبی التہاب (putrid or fœtid bronchitis) - اس کی ممیز خصوصیت نہایت بد بودار بُساق ہے، جو بیشتر اُن اصابتوں میں ہوتا ہے جن میں اُنبوبات متسع ہوجاتے ہیں - بُساق وافر مقدار میں اور کسی قدر پتلا ہوتا ہے، اور بُساق دان کے اندر اکثر تین تہوں میں جُدا ہوجاتا ہے، جن میں سے سب سے اوپر والی تہ جھاگ دار اور مخاطی ہوتی ہے، درمیانی تہ ایک پتلی مصلی مخاطی سیال ہوتی ہے، اور سب سے نیچے پیپ کی دبیز تہ ہوتی ہے جس میں وہ اجسام موجود ہوتے ہیں جو ڈِٹرِش یا ٹراؤبے کے صمامات (Dittrich's or Traube's plugs) کے نام سے موسوم ہیں - اِن کا رنگ سپیدی مائل رمادی یا میلا رمادی مائل زرد ہوتا ہے، اور جسامت میں یہ باجرے کے دانے سے لے کر سیم کے بیج کے برابر تک مختلف ہوتے ہیں - خردبین کے نیچے ان کی ترکیب میں ریمی جسیمات، چُورا (detritus)، جراثیم پامیٹک (palmitic) اور اسٹیرک (stearic) ترشوں کے باریک سوزن نما بنڈل اور نحیف شعریہ (leptothrix) کے بلدار دھاگے شامل ہوتے ہیں - اس بُساق کے کیمیائی مافیہ اسیٹک (acetic)، بیوٹائرک (butyric)، اور ولیریانک (valerianic) ترشے، لیوسین (leucin)، ٹائروسین (tyrosin)، سلفیوریٹیڈ ہائڈروجن (sulphuretted hydrogen)، اور میتھائل امائن (methylamine) ہیں - گندیدہ شعبی التہاب میں اور شُشش کے گنگرین میں امتیاز کرنا چاہئے - بہت بدبودار بُساق اُس دُبیلہ (empyema) سے بھی نکل سکتا ہے جو شُشش کے اندر پھوٹ جائے، اور کبھی کبھی یہ ایک پرانے تدرنی کہفہ (tuberculous cavity) سے بھی نکلتا ہے -

133

۵- تکوینی (plastic)، فائبرینی (fibrinous) یا کروپی (croupous) شعبی التہاب - اس شاذ عارضہ کی ممیز خصوصیت یہ ہے کہ اس میں نفث کے اندر شعبی اُنبوبات کے سبائک (casts) خارج ہوتے ہیں - بُساق عموماً گول تودہ کی شکل میں، اور مخاط یا خون سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے، اور جب اُسے پانی میں رگڑا جائے تو ہمیں شعبی انبوبی نظام کے ایک حصے کا کم و بیش مکمل شاخدار سبیکہ (cast) نظر آتا ہے - یہ سبیکہ عموماً ایک قاز کے پَر (goose-quill) سے زیادہ دبیز نہیں ہوتا، اور طول میں ½ ا سے لیکر ½ ۲ انچ تک متغیر ہوتا ہے، اور صرف شاذ ہی ۴ یا ۵ یا بلکہ ۶ انچ تک پہنچتا ہے -

اس کا رنگ رمادی یا سپیدی مائل زرد ہوتا ہے، اور یہ ہم مرکز ورقوں (laminæ) پر مشتمل ہوتا ہے، جو عموماً انبوبہ کے درونہ (lumen) کو پُر نہیں کرتے، یہی وجہ ہے کہ یہ سبائک سوائے اُن کے جو صغیر ترین اُنبوبات سے نکلے ہوں، ٹھوس نہیں ہوتے۔ خردبین کے نیچے اس سبیکہ کی ساخت ریشک دار نظر آتی ہے، جس میں کثیر التعداد سپید جسیمات، نبقات سبحیہ (اسٹرپٹوکاکائی)، نبقات عنبیہ، ہیماٹائڈین کی قلمیں، کروشمن کے مرغولے (Cruschmann's spirals) اور شارکو لیڈن کی قلمیں (Charcot-Leyden crystals) مدفون ہوتی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 141)۔ مریض کو کھانسی کے سخت حملے ہوتے ہیں، جن سے اُس کا دم گھٹنے لگتا ہے، ساتھ ہی سینہ میں کم و بیش درد اور دباؤ (oppression) محسوس ہوتا ہے اور ان حملوں کے ساتھ ابتداءً بصاق نہیں نکلتا، اور اگر کچھ نکلتا ہے تو وہ شاید قدرے مخاط ہوتا ہے۔ کچھ عرصہ کے بعد (جو صرف چند ہی گھنٹے کا یا دو یا تین دن کا ہوتا ہے) ایک شعبی سبیکہ خارج ہوتا ہے۔ اس سے عموماً فی الفور آرام محسوس ہوتا ہے اور کھانسی کم یا غائب ہو جاتی ہے۔ لیکن وہ عموماً چند ہی گھنٹوں میں پھر عود کر آتی ہے، اور بعض اوقات ایک آدھ روز کے وقفوں سے سبائک (casts) کئی دن تک نفث سے خارج ہوتے رہتے ہیں، اور پھر مریض بتدریج بالکل اچھا ہو جاتا ہے۔ بعض اصابتوں میں نفث الدم (hæmoptysis) واقع ہوتا ہے، اور یہ عموماً سبیکہ خارج ہونے کے بعد ہوتا ہے۔ طبیعی امارات ایک شعبہ کے تسدد کے ہوتے ہیں، اور اس کے ساتھ ہی جیسے جیسے سبائک اکھڑتے جاتے ہیں لغطات (râles) سنائی دیتے ہیں۔ تکوینی شعبی التہاب (plastic bronchitis) شاذ ہی مہلک ہوتا ہے، اور جب ہوتا ہے تو پیچیدگیوں کے سبب سے۔ لیکن وہ غیر منتظم وقفوں کے ساتھ کئی سال کے عرصہ تک متواتر ہوتا رہتا ہے۔

۶۔ وہ مزمن شعبی التہاب جو مرض کثرت خلیات سرخ (polycy-thæmia rubra) یا (مرض ایرزا: Ayerza's disease) کے ساتھ پایا جاتا ہے، آکسیجن کی طویل المدت قلت کا نتیجہ ہوتا ہے، لہٰذا خون کے ہیموگلوبین میں زیادتی ہو کر سرخ خلیوں کی تعداد تقریباً ۰۰۰،۰۰۰،۰۰۰،۱۰ فی مکعب ملی میٹر ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ انگلیاں گرزشکل (clubbed finger) ہو جائیں۔ مریض نہایت ازرق (cyanosed)

ہو جاتا ہے، اور ایک اصابت میں شریانی خون، بجائے طبعی ۹۵ فیصدی آکسیجن کے صرف ۹ فیصدی آکسیجن سے سیر شدہ پایا گیا۔ تاہم چونکہ ہیموگلوبین اور سرخ خلیوں میں بہت بڑا اضافہ ہو گیا تھا لہٰذا آکسیجن کی حقیقی مقدار جو خون کے ذریعہ سے منتقل ہوئی تقریباً طبعی درجہ کی تھی۔ شریانوں میں CO_2 کا دباؤ بھی زیادہ تھا، اور مریض کی سانس نہایت پھولی ہوئی تھی (7)۔ عورتوں کی نسبت مرد زیادہ عام طور پر ماؤف ہوتے ہیں، اور تعامل واسرمن (Wassermann reaction) اکثر مثبت ہوتا ہے۔ دایاں بطین بہت بیش پرورده اور متسع ہوتا ہے، جس کا مظاہرہ برقی قلبی ترسیم (electrocardiogram) سے ہوتا ہے۔ ریوی شریان کا اتساع اور آتھیروما اور پھیپھڑوں میں احتقان (engorgement) پایا جاتا ہے، جو ریوی دموی دباؤ کی زیادتی کی دلیل ہے۔

تشخیص۔ شعبی التہاب کی تشخیص کا انحصار خرخرات (rhonchi) اور لغطات (râles) کی موجودگی پر ہوتا ہے۔ دمہ میں بہر (dyspnœa) اور طبیعی امارات ایک نہایت حاد شعبی التہاب کی طرح کے ہوتے ہیں، لیکن اسکے وقوع کی سرگذشت اور ماسبق حملوں کی روئداد اس کی تشخیص میں ممد ہوگی۔ شعری شعبی التہاب (capillary bronchitis) میں خرخرات (rhonchi) عموماً غائب ہوتے ہیں، اور ان اصابتوں کو کبودی، غنودگی اور لغطات (râles) کی موجودگی سے شناخت کیا جاتا ہے۔ شاذ اصابتوں میں ایک شعبہ کا تسلد (ملاحظہ ہو صفحہ 144) صرصرہ (stridor) پیدا کر سکتا ہے، جو غلطی سے شعبی التہاب کا خرخرہ (bronchitic rhonchus) سمجھ لیا جاتا ہے۔ اکثر مزمن سل ریوی (chronic phthisis) سے تفریق کرنے میں دقت ہوتی ہے، کیونکہ سل ریوی کے ساتھ اکثر شعبی التہاب موجود ہوتا ہے۔ ایسی صورت میں حموی تعامل، نفث الدم، سریع لاغری کا وقوع، اور ایک جانب یا ایک راس پر طبیعی امارات کی زیادہ شدت کا پایا جانا سل ریوی کی موافقت میں ہوگا، اور اس کی تصدیق عصیتوں کے لئے بصاق کے امتحان سے، یا لا شعاعوں (X-rays) یا ٹیوبرکیولین (tuberculin) کے استعمال سے کی جا سکتی ہے (ملاحظہ ہو سل ریوی)۔

134

اب اس کی تعیین باقی رہ جاتی ہے کہ آیا حاد شعبی التہاب ایک اولی اصابت ہے، یا ایسے عوارض کا جیسے کہ کالی کھانسی (whooping cough)، کھسرا، تپ محرقہ،

یا دوسری کسی نوعی تپ کا ثانوی نتیجہ ہے۔ بچوں میں حادّ خفی تدرّن (acute miliary tuberculosis) کا خیال کیا جانا بھی ضروری ہے۔

انذار۔ حادّ شعبی التہاب (acute bronchitis)۔ اس کی مدت چند روز سے لے کر تین ہفتوں یا زائد تک ہوتی ہے۔ ریمی (purulent) یا شعری (capillary) شعبی التہاب کی مہلک اصابتوں میں یہ مدت ۹ تا ۱۲ روز ہوتی ہے۔

مزمن شعبی التہاب (chronic bronchitis)۔ اگرچہ یہ اکثر زندگی کو گھٹا دیتا ہے، تاہم بہت سے لوگ اس کی موجودگی میں بھی بڑی عمر تک زندہ رہتے ہیں۔ یہ موسم سے نمایاں طریقہ پر متاثر ہوتا ہے، اور اس کے مریض دورانِ گرما میں اکثر عملاً اچھے رہتے ہیں، اور سرما میں پھر بیمار ہو جاتے ہیں۔ لیکن ان کی حالت بعد میں آنے والے ہر سرما کے ساتھ خراب تر ہوتی جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ بالآخر وہ ایک غیر معمولی طور پر شدید سرما میں، یا شہروں کے سرد کہروں میں، یا دوسرے مقامات پر شرقی یا شمال مشرقی ہواؤں میں ہلاک ہو جائیں۔ لیکن اس کے برعکس، اگر مریض گھر کی حدود کے اندر رہکر، یا اس سے بھی بہتر یہ کہ کسی نسبتہً گرم آب و ہوا میں رہکر، اسے ناموافق موسم سے محفوظ رکھے جائیں، تو ممکن ہے کہ وہ اپنے شعبی التہاب کو محدود رکھ سکیں، اور ایسے مہلک انجام کو سالہا سال تک ملتوی کر سکیں۔ لیکن اس کے مضر اثرات، افراز کی مقدار اور ثانوی نتائج (یعنے نفاخ، تسع انبوبات، اور دائیں قلب کے اتساع) کی سرعت نمو کے لحاظ سے مختلف ہوں گے۔

تحریز۔ اس کا انحصار اس امر پر ہوتا ہے کہ سرائت کے منبعوں سے اور انفرادی اصابتوں میں سرائت کی استعداد پیدا کرنے والے اسباب سے بچاؤ کیا جائے۔ اثر پذیر اشخاص کو نازلت (catarrh) کے دوسرے مریضوں سے احتراز کرنا چاہیئے۔ اگر تماس کے بغیر چارہ نہ ہو تو انفلوئنزا کے تحت میں بیان کئے ہوئے جالی کے چہرہ پوش (gauze masks) پہنے جا سکتے ہیں۔ زکام (coryza) کی روک تھام کے تحت میں بیان کی ہوئی مختلف تدبیریں (ملاحظہ ہو صفحہ 196)، مناسب اصابتوں میں استعمال کی جا سکتی ہیں۔ مذخورہ جدرینات (stock vaccines)، یا خود زاد جدرینات (autogenous-vaccines) اکثر مفید ہوتی ہیں۔ آخر الذکر بُساق

(sputum) سے تیار کی جاسکتی ہیں، لیکن کاشتیں ناک سے بھی لی جاسکتی ہیں، جہاں وہ عضویہ جو مرض کا خاص سبب ہے اکثر خالص کاشت میں حاصل کیا جاسکتا ہے۔ انگلستان کے موسم سرما کی آب و ہوا جس میں سردی اور رطوبت ہوتی ہے، شعبی التہاب کا نہایت عام سبب مُعِدّ (predisposing cause) ہے، لیکن ممکن ہے کہ انگلستان کے جنوبی مقامات جیسے کہ بورن متھ (Bournemouth)، وینٹنر (Ventnor) ٹارکوے (Torquay) یا پنزنس (Penzance) کی بود و باش سازگار نتائج پیدا کردے۔ نیز سازگار آب و ہوائیں بیرونِ انگلستان میں بھی ہیں، اور مینٹون (Mentone)، سان ریمو (San Remo)، کینیس (Cannes)، آرکے شان (Arcachon)، جزائر کیانری (Canary Islands)، مڈیرا (Madeira) اور نائل (Nile) (اسوان . Assouan) ایسے مقامات ہیں جہاں مریض سب سے زیادہ جاتے ہیں۔

علاج ۔ متوسط شدت کی اصابتوں میں مریض کو ایک گرم کمرے میں بستر پر لٹا دینا چاہیئے۔ نسبتہً کم تدید اصابتوں میں اگرچہ مریض کو اٹھنے کی اجازت دی جاتی ہے، تاہم اُسے تکشّف (exposure) سے محفوظ، اور حتی الامکان ۶۰ درجہ یا ۶۵ درجہ فارن ہائٹ کی ہموار تپش میں رکھنا چاہیئے۔ مزمن شعبی التہاب میں ممکن ہے کہ ایک سازگار آب و ہوا میں منتقل کرنے کے سوال پر غور کرنا پڑے (ملاحظہ ہو تحریز)۔ اگر سینہ میں زیادہ تنگی ہو تو اینٹی فلاجسٹین (antiphlogistine)، رائی کی پتی (mustard leaf) یا السی کی پولٹس (linseed meal poultice) سے جس پر رائی چھڑکی ہوئی ہو، جوابی خراش (counter-irritation) پیدا کرنی چاہیئے۔ بچوں میں جوابی خراش آور ادویہ (counter-irritants) کو احتیاط کے ساتھ استعمال کرنا چاہیئے، مگر ایک پتلی پولٹس جو سارے سینہ کو گھیر لے (جاکٹ پولٹس jacket poultice:) نہایت کارگر ہوتی ہے۔ غذا ہلکی اور مغذی ہونی چاہیئے۔

ہوائی راستوں کا تسدد روکنے کے لئے تین قسم کی میکانیتیں (motor mechanisms) ہیں، یعنے نسبتہً بڑے شعبات کے لئے اہداب (ciliæ) کی حرکت دَسُر (propulsive movement) اور کھانسی کی اخراجی میکانیت (expulsive mechanism)، اور نسبتہً چھوٹے شعبات کے لئے عضلی حرکت دودیہ

(muscular peristalsis) ۔ لیکن شعبتوں میں افراز کا عمدہ بہاؤ بھی مساوی اہمیت رکھتا ہے، اور وہ ایک مُدَہّن (lubricant) اور خراش آور اشیاء کے مُرَقّق کے طور پر ہر دو حیثیت سے عمل کرتا ہے۔ شروع میں جب کہ کھانسی خشک ہو مسکنات (sedatives)، مثلاً مرکب صبغۂ کافور (tinct. camph. co.) کی ضرورت ہے، اور اس کے بعد منفثات (expectorants) کی۔ امونیئم کاربونیٹ (ammonium carbonate) (۵ گرین ہر چوتھے گھنٹے)، نبیذِ عرق الذہب (vinum ipecacuanhæ) (۵ تا ۱۰ قطرے) اور صبغۂ اسقیل (tinct. scillæ) (۵ قطرے)، معدی غشائے مخاطی میں خراش پیدا کرتے، اور عصب تائیہ (vagus) کے معکوس عمل کے ذریعہ شعبی افراز کو بڑھا دیتے ہیں۔ اگر ان ادویہ کو قئے (emesis) لانے کی حد تک دیا جائے تو شعبی افراز اور بھی زیادہ ہو جاتا ہے۔ چنانچہ بچوں کے علاج میں اسی اسلوبِ عمل سے فائدہ اٹھایا جاتا ہے، یعنے جمع شدہ شعبی افراز کو خارج کرنے کے لئے ایک ڈرام نبیذِ عرق الذہب (vinum ipecac.) دیا جاتا ہے اور ضرورت ہو تو پندرہ منٹ کے بعد اسے مکرر دیا جاتا ہے۔ مزمن شعبی التہاب میں اِسقیل (squill) خاص منفعت رکھتا ہے، کیونکہ قلب پر اس کا اثر ڈیجیٹالس (digitalis) کے مثل ہوتا ہے۔ مُنَفّثات (expectorants) کی ایک دوسری جماعت شعبی غدد کی راہ سے خارج ہو کر اُن کے افراز کو تحریک پہنچاتی ہے۔ اس جماعت کا اہم ترین رکن ۵ گرین کی خوراکوں میں پوٹاسیئم آیوڈائڈ (potassium iodide) ہے۔ یہ مزمن شعبی التہاب میں خاص طور پر نفع بخش ہے۔ جہاں نفث بکثرت ہو، بلسانِ پیرو (balsam of Peru) (اس کے ۲۰ قطرے ½ ڈرام شہد میں معلق کر کے) اور بلسان طولو (balsam of Tolu) دینا چاہیئے، یا امونیئم کلورائڈ (ammonium chloride) (۵ تا ۲۰ گرین)۔ جہاں بُساق بدبودار (fœtid) ہو، ٹیری بین (terebene) (۵ تا ۱۵ قطرے) دینا چاہیئے۔ سعال شتائی (winter cough) کے لئے اس کے ۵ قطرے شکر پر ٹپکا کر دن میں کئی بار لینا مفید ہے۔ نوعمر بچوں میں جو طاقتِ نفث محض برائے نام ہی رکھتے ہیں، شعری شعبی التہاب (capillary bronchitis) میں بعض اوقات افراز اس قدر کثرت کے ساتھ ہوتا ہے کہ اس سے

135

اُنبوبات پُر ہو کر دَم گھُٹنے کا خطرہ ہو جاتا ہے۔ افرازی غدد کو مشلول کرنے اور اُنبوبات کو خشک کر دینے کے لئے صبغیۂ لفاح (tinc belladonnæ) ۳ تا ۵ قطروں کی خوراکوں میں، یا ایٹروپین (atropine) بمقدار $\frac{1}{150}$ گرین، کے اِشرابات دیئے جاتے ہیں۔ یہی علاج بالغوں میں بھی مفید ہو سکتا ہے۔ جب کھانسی زیادہ خراش آور ہو تو مسکنات (sedatives) استعمال کئے جا سکتے ہیں، مثلاً مارفیا (morphia) قلیل مقداروں میں ($\frac{1}{12}$ گرین یا $\frac{1}{6}$ گرین)، مرکب صبغیۂ کافور ($\frac{1}{2}$ ڈرام)، ہیروئن ($\frac{1}{12}$ تا $\frac{1}{24}$ گرین)، کوڈین فاسفیٹ (codeine phosphate) ($\frac{1}{4}$ گرین) یا پوٹاشیم یا امونیم برومائڈ (۵ گرین)۔ لیکن اگر کبودی (lividity) زیادہ موجود ہو تو ان چیزوں کو بہت احتیاط کے ساتھ استعمال کرنا چاہیے، کیونکہ ان حالات میں ممکن ہے یہ تنفسی اور قلبی مرکزوں کو خطرناک طور پر منخفض کر دیں۔ ہائڈروسائنک ترشہ (hydrocyanic acid) بھی مسکن ہے۔ یہ ترشہ شربت کرز بری (syrup of Virginian prune) کے اندر موجود ہوتا ہے جو عام طور پر تجویز کیا جاتا ہے۔ یہ غالباً معدے میں عصب تائیہ کے اختتامات کو مشلول کر کے عمل کرتا ہے (جو عرق الذہب کے برعکس ہے)، اور "معدی کھانسی" (stomach cough) میں مفید ہے۔ ان اصابتوں میں کہ جن میں شعبی اُنبوبات کا زیادہ تشنج ہوتا ہے، صبغیۂ جوز ماثل (tinct. stramonii) یا صبغیۂ تبغ صحرائی ایتھری (tinct. lobeliæ æth.) (۵ بوند)، ایتھر (۵ بوند)، یا صبغیۂ قنب ہندی (tinct. cannabis ind.) (۱۰ بوند) سے فائدہ ہو سکتا ہے۔ نیز قلیل مقداروں میں کلورل (chloral) (۵ تا ۷ گرین) کی سفارش بھی کی گئی ہے۔ ممکن ہے ان میں سے بعض طریقہائے علاج ایک دوسرے سے متخالف معلوم ہوں۔ فی الحقیقت ان کو مجموعی طور پر دینے سے عمدہ نتائج حاصل ہوتے ہیں، مثلاً مرکب لعوق اسقیل (linctus scillæ co.)(B. P. C.) (۱ ڈرام خوراک) کی صورت میں، جس میں مسکن مرکب صبغیۂ کافور، اور منقعات سکنجبین اسقیل (oxymel scillæ) اور شربت طولو (syrup. tolutanus) کی مساوی مقداریں موجود ہوتی ہیں۔ اسی طرح، جوز ماثل (stramonium) یا تبغ صحرائی (lobelia) عام طور پر پوٹاشیم آیوڈائڈ کے ساتھ تجویز کئے جاتے ہیں، اور ایلیکسر ڈائمارفینی ایٹ ٹرپینی (elixir diamorphini et terpini) (B. P. C.) (۱ ڈرام) میں ٹرپین ہائڈریٹ

(terpin hydrate)، ہیروئن (heroin) اور شربت گرز بری (syrup of Virginian prune) موجود ہوتے ہیں، یعنے ایک منفث اور دو مسکّن۔

تمام شدید اصابتوں میں جن میں زراق (cyanosis) [یا بُہر (dyspnœa)] موجود ہو آکسیجن کے استنشاقات (oxygen inhalations) سے قیمتی مدد پہنچ سکتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 156)۔ کمرے کی ہوا کو بھاپ سے (جو ایک "بحرِ سعال" : bronchitis kettle" سے نکلتی ہو) مرطوب رکھنے سے، یا دوا آلود (medicated) استنشاقات مثلاً لوبان کے بخارات (vapour benzoini) سے [مرکب صبغیۂ عود ایک ڈرام، گرم پانی ایک پائنٹ، جو ایک خاص شمامہ (inhaler) سے یا ایک معمولی ابریق (jug) سے استنشاق کیا جائے] فائدہ پہنچ سکتا ہے۔ جب بُساق بکثرت ہو یا بدبودار ہو تو ذیل کے ادویہ مفید ہیں:۔ ویپر اولیائی اَبائٹس (vapour olei abietis) (B. P. C.)، (ایک ڈرام، نصف پائنٹ میں)۔ خشک استنشاقات مثلاً ویپر کریبال کو (vapour cresol. co.) (B. P. C)، جبکہ اس سیال کی ایک تھوڑی مقدار کو ایک دھات کے برتن میں ڈال کر حرارت سے اس کی تبخیر کر دی جاتی ہے۔ ویپر آیوڈی ایتھرِسس (vapour iodi aetheris) ایک فمی انفی آلۂ تنفس (oro-nasal respirator) کے ذریعہ سے۔ ویپر اَمونیائی کلورائڈی (vapour ammonii chloridi) (B. P. C.) اگر شعبی التہاب کسی بنیئی مرض سے منسوب کیا جا سکے تو بلا شبہ ساتھ ہی اس کا بھی علاج کرنا چاہیئے، مثلاً نقرس (gout) کا علاج قلویات (alkalies) اور سورنجان (colchicum) سے۔ دیگر بہت سی اصابتوں کے لئے مقویات (tonics)، جیسے کہ کونین اور کاڈ مچھلی کے تیل کی ضرورت ہوتی ہے۔ یہ دیکھنا بھی مناسب ہے کہ اَمعا کا فعل آزادانہ ہو رہا ہے۔ اور زیادہ عرصہ کی اصابتوں میں، جہاں قلب کی دائیں جانب متسع (dilated) ہو گئی ہو، مختلف افرازات کا آزادانہ بہاؤ جاری رکھنا چاہیئے، اور قلب کے فعل کو ڈِجیٹالس (digitalis) سے اُسی طرح مدد پہنچانی چاہیئے جس طرح کہ مصراعی مرض (valvular disease) کی متناظر اصابتوں میں پہنچائی جاتی ہے۔ جب غالب عضویہ، خرد عضویہ نازلت (M. Catarrhalis) یا فریڈلینڈر کا عُصیّہ (Friedlander's bacillus) ہو، یا جب ماسکی سرایت (focal infection) اولی سبب ہو، تو جُدریات (vaccines)

مفید ہوتے ہیں۔

تمدّد الشعب

(BRONCHIECTASIS)

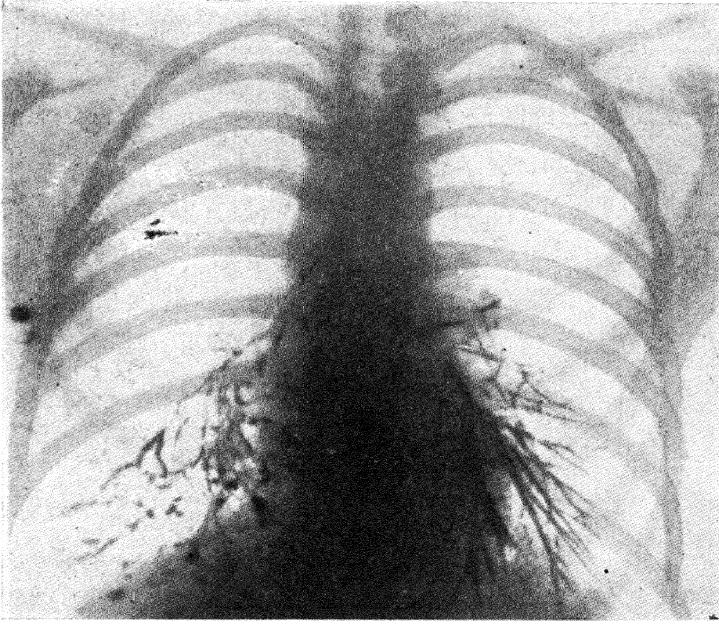
بحث اسباب۔ تمدد الشعب یا شعبات کا اتساع پھیپھڑوں کے متعدد امراض کے تعلق میں واقع ہو سکتا ہے۔ اکثر اس کے ہمراہ گرد و پیش کی ششی بافت کی کسی قدر لیفیت (لیفی شش: fibroid lung) یا انتفاخ (emphysema) بھی پایا جاتا ہے۔

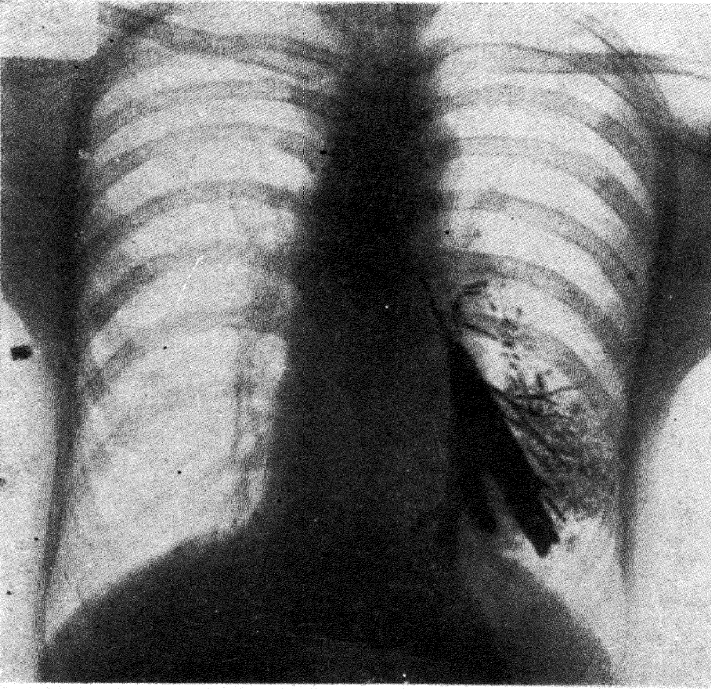
ممکن ہے کہ کسی بڑے شعبی انبوبہ کا بتدریج ترقی کردہ اور مسلسل تسدّد اس سے نکلنے والے نسبتہً چھوٹے شعبات کا اتساع واقع کر دے۔ اس طرح سے ممکن ہے کہ انورسمے جو کسی شعبہ کو دباتے ہوں، سرطان جو اسے دبائے یا اس کے اندر بڑھ جائے، آتشکی ضیق (syphilitic stenosis) یا ایک مغروز جسم غریب، تمدد الشعب کے اسباب ہو جائیں۔ لیکن تمدد الشعب کا عام ترین سبب ایک اولی التہابی حالت ہے، جیسے کہ شعبی التہاب، عرصہ دراز تک جاری رہا ہوا شعبی ذات الریہ، بالخصوص بچوں میں، اور کبھی کبھی لختی ذات الریہ۔ نیز ممکن ہے کہ پلیورائی انصبابات کا یا نظرانداز شدہ دبیلات (empyemas) کا شش پر بیرونی دباؤ تمدد الشعب پیدا کر دے، کہ جس کے ساتھ شش کی لیفیت (fibrosis) بھی پائی جاتی ہے۔ شاذ حالتوں میں تمدد الشعب کی حالت پیدائشی ہوتی ہے۔ یہاں شش کے دویری انحطاط کا ذکر کرنا بھی ضروری ہے جو کہ شاذ ہے۔

امراضیات۔ جزئی تسدّد کی صورت میں، جب اس کے آگے کے انبوبات متمدد ہو جاتے ہیں، تو اس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ شہیقی حرکات زفیری حرکات کی نسبت زیادہ موثر ہوتے ہیں، جس سے ہوا اندر چوس لی جاتی ہے اور پھر کامل طور پر باہر نہیں نکلتی۔ مزمن شعبی التہاب میں انبوبات کے اندر کا افراز تسدد پیدا کرتا ہے، اور

ساتھ ہی انبوبات کی دیواریں التہاب کی وجہ سے نرم ہو جاتی ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ بآسانی متسع ہو جاتی ہیں ۔ شدید شعبی ذات الریہ میں تمددالشعب کی پیدائش کا ایک دوسرا طریقہ دریافت ہوا ہے ۔ حاد شعبی التہاب اور گرد شعبی عروق لمفائیہ کا التہاب (peribronchial lymphangitis) شعبی دیوار کا کامل اتلاف واقع کر دیتا ہے، جو ممکن ہے کہ متصلہ جوفیزوں کو بھی متاثر کر کے ایک صاف کٹا ہوا (clear-cut) کہفہ بنا دے، جو کہ انبوبہ کا طول تلف ہو جانے کی صورت میں اُستوانی اور انبوبہ کی صرف ایک جانب تلف ہونے کی صورت میں تاچلی (saccular) ہوتا ہے ۔ دوران اندمال میں کہفہ میں نوعمر لیفی بافت کی استرکاری ہو جاتی ہے، اور پست مکعّب خلیوں کا ایک نیا مہرحلمہ بن جاتا ہے ۔ یہ تغیر معمولی اصابتوں میں متوسط اور چھوٹے انبوبات میں واقع ہوتا ہے، اور جتنا بالائی لختوں میں ہوتا ہے اس سے زیریں لختوں میں زیادہ عام ہوتا ہے ۔ کہفوں کی دیواریں پتلی ہوتی ہیں اور ان میں عموماً تندرست شعبہ کی عضلی بافت یا کُرّی کے کوئی آثار نہیں پائے جاتے ("شانِ نمائش" : "honey comb lung") ۔ اکثر ایک چھوٹا شعبہ کہفہ کے اندر کھلتا ہوا پایا جاتا ہے ۔ بعض اوقات دیواروں کے ساتھ ساتھ بند پائے جاتے ہیں ۔ بعض اوقات سطح متقرح ہوتی ہے اگرچہ وہ عموماً چکنی ہوتی ہے ۔ بیشتر اوقات ان کہفوں کے ساتھ پھیپھڑوں میں وسیع لیفی تغیرات موجود ہوتے ہیں (10) (ملاحظہ ہو صحفہ ۱) ۔

تمددالشعب اکثر ایک شُشش تک محدود ہوتا ہے، بالخصوص اس وقت جبکہ وہ شعبی تسدّد، جسم غریب، یا حاد ذات الریہ یا ذات الجنب کی وجہ سے ہو ۔ اگر دونوں پھیپھڑے ماؤف ہوں تو ضررات (lesions) وسیع نہیں ہوتے، یا ایک پھیپھڑا دوسرے کی نسبت بہت زیادہ ماؤف ہوتا ہے ۔

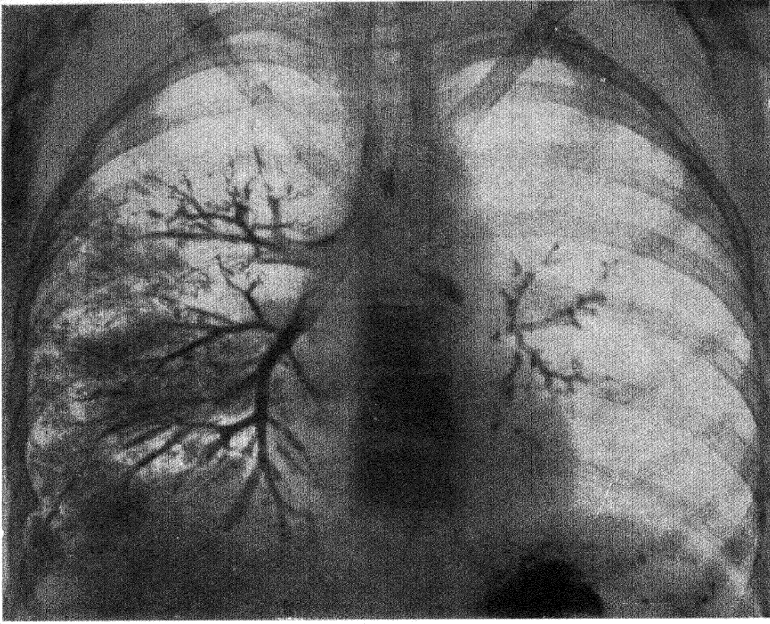
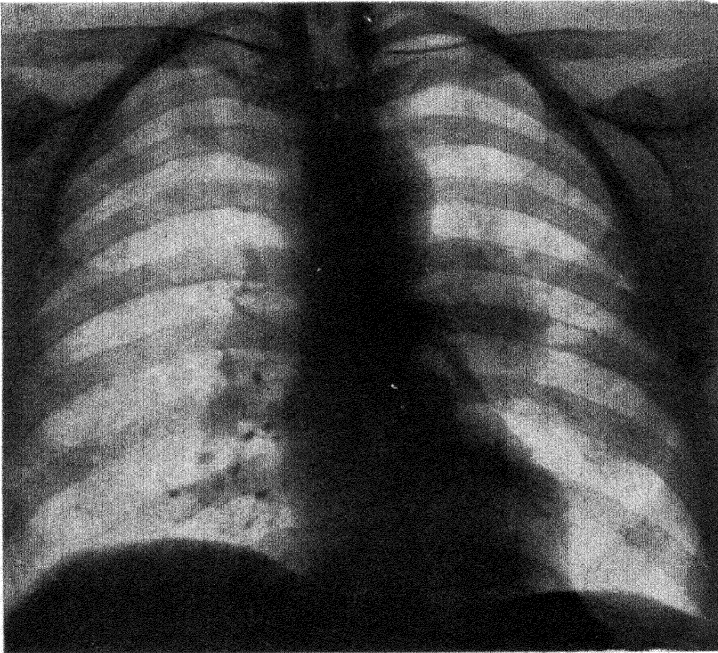
علامات ۔ متوسط اُستوانی اتساع کی اصابتوں میں جو شعبی التہاب یا انتفاخ کے ہمراہ پایا جاتا ہے، علامات، اولی مرض کے علامات میں گم ہو جاتے ہیں ۔ لیکن نسبتہً بڑے اتساعات میں اور تاچلی قسم (saccular variety) میں، تمددالشعب اصابت کی ایک نمایاں خصوصیت ہوتا ہے، اور کہفوں سے نکلنے والا افراز اور شُشش کے بڑے حصوں کی لیفیت (fibrosis) اور تکہف (cavitation)، متعین علامات اور طبیعی

صفحہ ۱

الف ۔ تمدد الشعب ۔ تاچکی قسم ، لپائڈال بھرنے کے بعد ۔

ب ۔ تمدد الشعب تکلہ نما (انگشت دستانہ کی) قسم کا ۔ (شعاع نگاشتیں مسٹر لنڈسے لاک نے لی ہیں)

بالمقابل صفحہ 136

امارات پیدا کر دیتے ہیں۔
مریض کا لاغر ہونا ضروری نہیں، وہ عموماً بخار سے معرا ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ اُسے بجز کھانسی اور نفث کے علاوہ اور کوئی چیز تکلیف دہ نہو۔ لیکن ممکن ہے کہ زراق (cyanosis) اور انگلیوں کی گرز شکلی (clubbing of the fingers) موجود ہو۔ جب ریوی دوران خون میں زیادہ مزاحمت ہوتی ہے، تو دائیں قلب کا فشل (failure) پاؤں کا اُذیما، کلائی جگر، اور البیومن بولیت پیدا کر دے گا۔
بُساق (sputum) یا تو (۱) ریمی اور بے ہوا، یا (۲) مخاطی ریمی یا (۳) مُنتن شعبی التہاب (fœtid bronchitis) کے بساق کی طرح بدبودار، مخاطی ریمی اور جھاگدار ہوتا ہے۔ جب ایک یا دو بڑے تا چکی کہفے ہوں تو بُساق ایک مخصوص و ممیز طریقہ سے نفث سے خارج ہوتا ہے۔ یہ افراز کچھ عرصہ (ممکن ہے کہ دو یا تین گھنٹوں تک) کھانسی کی تحریک پیدا کئے بغیر تمدد انبوبات میں جمع ہوتا رہتا ہے۔ پھر یا تو اس کی مقدار کی وجہ سے، یا مریض کے نقل و حرکت کرنے، یا بستر میں کروٹ لینے یا بیٹھنے کے سبب سے، افراز ایک ہم پہلو نسبتہً تندرست تر انبوبہ کے اندر بہکر چلا جاتا ہے، جس سے کھانسی کی تحریک ہوتی ہے، اور مخاطی ریمی افراز کے چند اونس سب ایک دم نفث سے خارج ہو جاتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں نفث الدم (hæmoptysis) بار بار اور متوسط طور پر کثرت کے ساتھ ہوتا ہے۔
خشک تمدد الشعب۔ یہ ایک عام قسم ہے، جو کہ لپ آیوڈال (lipiodol) کے اشراب کے بعد لاشعاعی امتحان کرنے سے دریافت ہوتی ہے۔ شعبی ذات الریہ جو خصوصاً کھسرا اور کالی کھانسی کے بعد ہوا تھا، سابقہ سرگذشت میں پایا جاتا ہے۔ علامات، کھانسی اور اسکے ساتھ ذرا سا بے بو بُساق اور نفث الدم ہوتے ہیں۔ قاعدی گمک کی کمی، کمزور تنفسی آوازیں، اور لغطات موجود ہوتے ہیں۔ بالعموم گرز شکلی بالکل نہیں پائی جاتی۔ خطرات، وافر نفث الدم یا تر تمدد الشعب کی نمو یابی ہیں (۱۱)۔
طبیعی امارات۔ یہ اتساعات کی نوعیت و جسامت، ششش کے اندر انکی توزیع اور بیچ میں حائل ہونے والے ششش کے تجمد (consolidation) یا لیفیت (fibrosis) کی مقدار کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں، ایک قاعدہ کے بڑے

حصہ میں، بلکہ سینہ کی ایک پوری جانب میں موٹے (coarse)، چرچرانے والے (creaking)،
اور چٹخنے والے (crackling) لغطات (râles) پائے جاتے ہیں جو تنفسی خرخر کو پوشیدہ
کردیتے ہیں، لیکن کوئی اصمیت (dulness) یا کوئی نمایاں تحدید حرکت نہیں ہوتی۔
دوسری اصابتوں میں اس کے علاوہ گمک کی کمی (impairment) کا ایک ایسا رقبہ ہوتا
ہے جہاں شعبی تنفس یا قدری تنفس (amphoric breathing)، اور اس کے ساتھ
شعبہ صوتی (bronchophony) اور صدر کلامی (pectoriloquy) سنائی دیتے ہیں،
اور ایک ایسے کہفے کے جو کثیف شدہ بافت سے محصور ہو دوسرے شاذ تر علامات موجود
ہوتے ہیں (صفحہ 127)۔ جب کہفہ افراز سے لبریز ہوتا ہے، تو گمک کی کمی
(impairment) اور گھٹے ہوئے اصوات تنفس موجود ہوتے ہیں، لیکن لغطات
(râles) اور شعبی تنفس صرف کھانسنے کے بعد ظاہر ہوتے ہیں۔ انتہائی اصابتوں
میں یہ حالت مزمن ذات الریہ سے مشابہ ہوتی ہے۔ سینہ کی بازکشیدگی (retraction)
واقع ہوجاتی ہے، قلب افقی رخ میں مرضی شش کی طرف کھنچ آتا ہے، اور مقابل کا
شش تعویضی طور پر نفاخی (compensatorily emphysematous) ہوجاتا ہے۔

تشخیص۔ تکہف (cavitation) کی تشخیص اور وسعت، لپائڈال
(lipiodol) کے اشراب کے بعد لاشعاع سے متعین کی جاسکتی ہے۔ برافتادہ جلد وغیرہ کو،
ایک فی صدی نوووکین (novocaine) حلقی درقی جھلی (cricothyroid
membrane) تک مشرب کرکے عدیم الحس کرلیا جاتا ہے۔ مریض کو سیدھا بیٹھا
ہوا رکھ کر ۵ فی صدی کوکین (cocaine) (ڈابوند) اس جھلی کے آرپار قصبۃ الریہ کے اندر مشرب
کی جاتی ہے۔ تین منٹ کے بعد ایک خاص خمیدہ مبزل اور قنولچہ (trocar and
cannula) اس جھلی میں سے ہو کر قصبۃ الریہ کے اندر داخل کیا جاتا ہے۔ اس امر کا یقین
کرلینے کے لئے کہ یہ مقام صحیح ہے قنولچہ کی راہ سے ہوا کھینچی جاسکتی ہے۔ لپائڈال کو جسے
۱۰۶ درجہ فارن ہائٹ تک گرم کرلیا گیا ہو (۳۰ تا ۴۰ مکعب سنٹی میٹر ایک بالغ کے لئے
اور ۳۰ مکعب سنٹی میٹر بچہ کے لئے) گرم کی ہوئی عقیم پچکاری کے اندر کھینچ کر قنولچہ کی راہ سے
مشرب کردیا جاتا ہے، اور پھر مریض مشتبہ پہلو پر لیٹ جاتا ہے۔ شعاع نگاشت
(radiogram) انتصابی وضع میں لی جاتی ہے (ملاحظہ ہوں صحفہ ۱ اور ۲ الف

الف۔ طبعی سینہ لپائیڈال بھرنے کے بعد۔ (شعاع نگاشت ڈاکٹر ایف۔ جی۔ چانڈلر اور مسٹر جے۔ وی سپارکس، وکٹوریہ پارک چسٹ ہسپتال، نے لی ہے)

ب۔ شعبہ کا سرطان۔ اس کا مقابلہ صحفہ ۵ صفحہ 159 سے کرو۔ (شعاع نگاشت مسٹر لنڈسے لاک نے لی ہے)

جو طبیعی حالت ظاہر کرتی ہیں)۔ اگر لیپائڈال کھانسی کے ذریعہ نکل کر اوپر آجائے تو اسے نگلنا نہیں چاہیئے۔ بالغ میں لیپائڈال کو ایک پچکاری اور قثاطیر کے ذریعہ زبان کے اوپر سے ڈالا جاسکتا ہے (12) یا کوکین لگا کر ایک انفی قثاطیر کے ذریعہ براہ راست حنجرہ میں ڈالا جاسکتا ہے۔ تشعبہ بینی جیسی کہ شش کے خراج کے عنوان کے تحت بیان کی گئی ہے تشخیص میں نہایت مفید ثابت ہوتی ہے۔

مزمن سل ریوی (chronic phthisis) سے تفریقی تشخیص کا انحصار بساق کے اندر درنی عصیہ کی علم موجودگی پر کسی پیش رو سرایت مثلاً ذات الریہ کی سرگذشت پر اور تجوف (cavitation) کی جائے وقوع پر ہوتا ہے جو نہایت شاذ طور پر راسی ہوتی ہے۔ ایک قاعدی تمدد الشعب کو ایسے دُبیلہ (empyema) سے تمیز کرنا مشکل ہوتا ہے کہ جس کا مواد شعبات کے اندر خارج ہو رہا ہو۔ ممکن ہے کہ سرگذشت مرض سے مدد ملے اور نفث الدم سے تمدد الشعب کی تائید ہوتی ہے۔ استقصاء (exploration) سے دونوں صورتوں میں پیپ مل سکتی ہے۔

اِنذار۔ بمقابلہ سلِ ریوی یہ بہتر ہے۔ مریض اکثر برسوں زندہ رہتے ہیں اور مقامی حالت میں محض آہستہ آہستہ ترقی ہوتی ہے۔ لیکن وہ ایسی خطرناک پیچیدگیوں میں مبتلا ہونے کا امکان رکھتے ہیں جیسی کہ ذات الریۂ خراج، گنگرین، عفونت الدم (septicæmia) دماغی خراج (cerebral abscess) اور دوسرے مقامات پر سُروحی پھوڑوں (metastatic abscesses) کا وقوع۔

علاج۔ مقامی طور پر مقصود یہ ہونا چاہیئے کہ افراغ (evacuation) میں مدد دی جائے۔ اس غرض سے مریض بستر پر تندرست پہلو پر لیٹتا ہے اور لکڑی کے ٹکڑوں (block) کی وساطت سے اس کے پلنگ کی پائنتی کو ایک فٹ اونچا اٹھا دیا جاتا ہے۔ ابتداءً یہ میلیت (drainage) روزانہ نصف گھنٹہ کے لئے عمل میں لائی جاتی ہے اور پھر اس مدت کو بتدریج بڑھا کر روزانہ دو گھنٹے تک کر دیا جاتا ہے۔ مریض کے سُرینوں کو ٹھیک جگہ پر رکھنے کے لئے ایک فانہ شکل (wedge-shaped) تکیہ استعمال کر سکتے ہیں۔ میلیت کرنے کا جدید العصر طریقہ وہ ہے جو کہ شعبہ بینی (bronchoscopy) کے ذریعہ عمل میں لایا جاتا ہے (ملاحظہ ہو خراج)۔ اس سے

بہت بڑا افاقہ واقع ہوتا ہے، تاہم چونکہ انبوبات میں ساختی تغیر واقع ہوچکا ہوتا ہے، لہذا مریض کو بعد میں اشتدادات واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ شعبات کے دفع عفونت (antisepsis) کے لئے روغن تارپین کے ۵ اقطرے تک دن میں تین بار برلاہ دہن دے سکتے ہیں۔ دافعات عفونت (antiseptics) (ملاحظہ ہو التہاب شعبات : bronchitis) کے استنشاقات مفید ہیں، جن میں کریاسوٹ (creosote) کے بخار کا استنشاق بھی شامل ہے، جو ایک بند کوٹھک (closed chamber) کے اندر روزانہ پندرہ سے ساٹھ منٹ تک عمل میں لانا چاہیئے (Chaplin)۔

کئی جراحی طریقہائے علاج آزمائے گئے ہیں، جن میں مندرجہ ذیل شامل ہیں:-
ایک انفرادی بڑے کہفے کی جراحی سیلیت (surgical drainage)، کہ جو برا فتادہ پسلیوں کے استیصال جزئی (resection) کے ساتھ یا بدون استیصال جزئی کے کیجاتی ہے۔ عصب حلبی کا قلع (phrenic avulsion)، اور مصنوعی استرواح الصدر (artificial pneumothorax)، جس کے بعد ایک تمولچہ کے ذریعہ سینہ میں روغن زیتون (olive oil) بھر دیا جاسکتا ہے جس میں ۵ فی صدی گامینال (gomenol) شامل ہو۔ یہ چھ مہینے تک بلاجذب ہوئے رہیگا، چنانچہ بڑی مدتوں کے بعد مکرر بھرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ مرضی لختہ کا استیصال (excision) (لختہ برآری: lobectomy) اور شعبہ کا انسداد (occlusion) اس طرف جو کہ کاٹ سے قریبی طور پر واقع ہے۔ اُن پسلیوں کا استیصال جزئی جو شش کے شعبی تمدد کے حصے کے اوپر واقع ہوں، تاکہ ہبوط (collapse) واقع ہوسکے۔

138 حمۃ القش (HAY FEVER)۔ دمہ (ASTHMA)

حمۃ القش ایک نہایت شدید نازلت ہے، جو بالخصوص انفی غشائے مخاطی کو لیکن اکثر شعبی غشائے مخاطی کو بھی متاثر کرتی ہے، اور شعبی نظام عضلی (bronchial musculature) کے انقباضات پیدا کر دیتی ہے۔ دمہ (asthma) اپنے وسیع ترین

مفہوم کے لئے استعمال کیا جائے، تو اس اصطلاح کا اطلاق چھوٹے شعبات میں ایک ایسی صورت حالات پر ہوتا ہے جو بڑے شعبات اور ششش کے جوفیزوں کے درمیان تبادلہ ہوائیں مزاحم ہوتی ہے۔ اس مزاحمت یا رکاوٹ کی نوعیت کے متعلق ہم یقینی طور پر بہت کم معلومات رکھتے ہیں، لیکن آنت یا مثانہ کے سادہ یا مخطط عضلہ کی تمثیل سے استدلال کرتے ہوئے، ہم قیاس کر سکتے ہیں کہ شعبی عضلہ جو غالباً ہر طبعی تنفس کے دوران میں کسیقدر منقبض ہوتا ہے، دمہ کی حالت میں ایک وقت میں تنشی طور پر (tonically) منقبض ہوتا ہے، اور دوسرے وقت میں اس میں تبدلے دار انقباضات اور ارتخاآت (relaxations) واقع ہوتے ہیں۔ غشائے مخاطی کا اُذیما یا امتلا بھی تسدد پیدا کر دینے میں حصہ لیتا ہے۔ اس تعریف پر سے ہم سمجھتے ہیں کہ دمہ کی اصطلاح اکثر ایک علامت، یا شاید علاماتی مخلوط (syndrome)، ظاہر کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے، نہ کہ ایک مرض ظاہر کرنے کے لئے، اور یہ علاماتی مخلوط فی الواقع مختلف عاملات سے پیدا ہو سکتا ہے۔

حالت حساسیت (allergic state)۔ حمۃ النقش اور دمہ اکثر ایک ہی قسم کے مرض کے مختلف مظاہر ہیں، جس میں مندرجہ ذیل بھی شامل ہیں:— دَوری سیلان الانف (paroxysmal rhinorrhœa) (عرق حرکی التہاب الانف = vasomotor rhinitis)- وعائی عصبانی اُذیما (angeio-neurotic œdema)- دَوری استسقائے مفصلی (paroxysmal hydrarthrosis) - شری (urticaria)، ایکزیما (eczema)، خارش (pruritus) اور حکاک (prurigo) کی بعض قسمیں- بعض معدی معائی اختلالات - شقیقہ (migraine)، اور صرع (epilepsy) کی چند اصابتیں اس گروہ کے افراد کو مجموعی طور پر سمی خود رو عارضات (toxic iodiopathies) یا حالت حساسیت (allergic state) کے طور پر جماعت بند کیا گیا ہے۔ مریض میں ایک خاص خارجی پروٹین کی حساسیت پیدا ہو جاتی ہے، یہ خارجی پروٹین ایک زہر کی طرح عمل کرتا ہے، جس سے ایک شدید تعامل پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ مشابہ ہے اس اثر کے جو مصل کا اشراب ایک ایسے فرد کے اندر کرنے سے پیدا ہو جاتا ہے کہ جس کو اس کے لئے حساس بنا دیا گیا ہو۔ چنانچہ یہ دونوں حالتیں

دراصل ایک ہی نوعیت کی یعنے استھدافی (anaphylactic) سمجھی جاتی ہیں [ملاحظہ ہو صفحہ 15 کہ جہاں پرانٹز کسٹنر (Praunitz-Kustner) کا تعامل بھی بیان کیا گیا ہے] لیکن خالص اور سادہ استہداف (anaphylaxis) کے متعلق یہ ایک صاف بات ہے کہ استہدافی صدمہ (anaphylactic shock) پیدا کرنے کے لئے اینٹی جن (antigen) کا ایک حساس گر ابتدائی اِشراب ہمیشہ ضروری ہوتا ہے، درانحالیکہ فطری طور پر واقع ہونے والے حساسیتی امراض میں ایسی ابتدائی حساس گری (sensitization) کی شہادت نہیں پائی جاتی۔ لیکن ممکن ہے کہ حساسیت (allergy) میں اینٹی جن (جسکی بالکل تھوڑی مقداریں ضروری ہوتی ہیں) ایک خراشیدہ غشائے مخاطی کی راہ سے داخل ہو گیا ہو۔ مثلاً ممکن ہے کہ معدی معوی التہاب (gastro-enteritis) کے دوران میں غیر ہضم شدہ پروٹین، مثلاً انڈے کا پروٹین، معوی خطہ سے جذب ہو جاتا ہو اور اس طرح اس شئے کی بیش حساسیت کی ایک مستقل حالت (hyper-sensitiveness) پیدا کر دیتا ہو۔ نیز یہ یقین کرنے کی وجہ موجود ہے کہ ایسی اصابتوں میں معدی ہضم اور نتیجۃً پروٹین پاشیدگی (proteolysis) بھی ناقص ہوتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ پروٹیوزیں (proteoses) غذائی خطہ سے براہ راست ہضم ہو جاتے ہیں اور اسوقت جگر اُن پر اس طرح عمل نہیں کر سکتا جیسا کہ اُسے کرنا چاہیئے (پروٹین پاشش : protopexic فعل کا فشل) اور وہ عام دورانِ خون کے اندر داخل ہو کر استہداف پیدا کر دیتے ہیں (46)۔ اسمیں شک نہیں کہ پروٹینی خراشش اور اس ابتدائی ضربہ (trauma) کے علاوہ جس کی راہ سے پروٹین جسم کے اندر داخل ہوتا ہے، حساسیت میں دوسرے عاملات بھی موجود ہوتے ہیں، نیز عصبی عاملات، اور روشنی کی حساس گری بلکہ ادویہ بھی بلاشبہ اس کی پیدائش میں حصہ لیتے ہیں۔ مثلاً دمہ کے سو فی صدی مریض ایسپرین (aspirin) کے لئے انتہائی حساسیت ظاہر کرتے ہیں اور اس کی بالکل خفیف مقداروں سے تقریباً ہلاکت کو پہنچ گئے ہیں، اور ان لوگوں میں ایسپرین کی خوراک کے بعد خون کے اندر سیلی سلک ایسڈ (salicylic acid) معمول کے نسبت بہت زیادہ حد تک جمع پایا گیا ہے (13)۔ مزید برآں سمی خود رو عارضات (toxic idiopathics) کا ایک قوی موروثی رجحان بھی ہوتا ہے، اگرچہ ماؤف خاندان کے اراکین مختلف قسم کے حساسیتی مرض ظاہر

کر سکتے ہیں، اور حقیقتہً اُن میں سے ایک سے زائد میں مبتلا ہو سکتے ہیں۔

استعداد کے باب میں تبلایا گیا تھا کہ استعدادی صدمہ (anaphylactic shock) جسمانی بافتوں کے اندر اینٹی جن اور ضد جسم (antibody) کے باہمی تعامل (interaction) سے پیدا ہو جاتا ہے، اور یہ کہ اس باہمی تعامل سے پروٹینی سالمات کی شکست و ریخت واقع ہو جاتی ہے۔ یہ نہایت دلچسپ ہے کہ حساسیتی امراض (allergic diseases) میں بعض حیاتی کیمیائی تغیرات (biochemical changes) دریافت ہوئے ہیں جو اس نظریہ کے مؤید ہیں کہ حساسیتی حملہ میں بھی خون کے اندر پروٹیوز کی زیادتی پائی جاتی ہے اور اس کے نتیجہ کے طور پر استعدادی صدمہ ہوتا ہے، اور یہ پروٹینی تفرق (protein catabolism) کی زیادتی پیدا کر دیتا ہے (14)۔ اس حملہ کے دوران میں کبدی قلت (liver dificiency) اس سے ظاہر ہوتی ہے کہ خون ایک مثبت بالواسطہ وان ڈن برگی تعامل (positive indirect van den Bergh reaction) خون میں دیتا ہے، اور دموی شکر (blood sugar) پست لیول پر ہوتی ہے (45)، اور ساتھ ہی ایک "خون شکن حرجہ" (hæmoclasic crisis) ہوتا ہے، جو خون کے دباؤ کی تخفیف، قلت خلیات ابیض (leucopenia)، عرصہ تجمید کی تبدیلی اور روشنی کے لئے مصل کے انعطافی نمایندے (refractive index) کی تبدیلی پر مشتمل ہوتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ خون میں امینو ایسڈ، یورک ایسڈ اور کریٹینین (creatinine) کے اجزاء زیادہ ہو جاتے ہیں، اور قارورے میں ان اجسام کا زیادہ اخراج ہوتا ہے۔ گردوں سے کم پانی خارج ہوتا ہے اور قارورہ بشدت ترشی ہو جاتا ہے۔ کلورائڈ کا احتباس (retention) ہو جاتا ہے، لیکن سرخ جسیمات میں کلورائڈ کم ہو جاتا ہے۔ لیکن سب سے زیادہ اہم یہ ہے کہ قارورہ میں ایک "پروٹیوز" ظاہر ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 512)، جو مریض پر آزمانے سے (ملاحظہ ہو آگے کا مضمون) ایک نوعی "جلدی تعامل" (skin reaction) پیدا کر دیتا ہے۔ ایسے ربوی مریضوں میں کہ جن کی جلد غذا یا شمومات (inhalents) سے ماخوذ پروٹینوں کے لئے حساس ہے، ۵۰ فی صدی میں مثبت نتائج پائے جاتے ہیں، لیکن باقی ربوی مریضوں میں صرف ۱۵ فی صدی میں۔ صحت مند آدمی شاذ و نادر ہی اپنے پروٹیوز

139

کے لئے تعامل ظاہر کرتے ہیں، گو کہ ۳۲ فی صدی آدمی ربوی پروٹیوز کے لئے تعامل ظاہر کرتے ہیں، جو کہ واضح طور پر سمی ہے (47) ۔حملہ کے بعد خون طبعی ہو جاتا ہے۔ لیکن ساتھ ہی ایک نمایاں ادرار (diuresis) ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قارورہ فی الحقیقۃ قلوی ہو جاتا ہے ۔ راقم الحروف کی رائے ہے کہ استہدافی صدمہ (shock) پیدا ہو جانے کے سبب سے جو پروٹینی تفرق واقع ہوتا ہے، وہ امینو ایسڈ کے بہت سے نسبتہً چھوٹے سالمات آزاد کر دیتا ہے، اور یہ بافتوں کا ولوجی دباؤ (osmotic pressure) زیادہ کر دیتے ہیں (جو سالمات کی تعداد پر منحصر رہتا ہے نہ کہ اُن کی جسامت پر) جس سے پانی کا احتباس واقع ہوتا ہے ۔ یہ شری (urticaria) اور عروقی عصبانی اُذیما (angieo-neurotic œdema) میں بہت نمایاں ہوتا ہے ۔ آزاد امینو گروہوں کی تعدیل کے لئے HCl کی ضرورت ہوگی (اور COOH گروہوں کی تعدیل کے لئے غالباً NaOH کی) جس کا نتیجہ یہ ہوگا کہ نہ صرف کلورائڈ کا احتباس ہو جائے گا، بلکہ جسیمات بھی اپنے ذخیرہ کا کچھ حصہ دے دیں گے ۔

حمتہ القش مئی، جون اور جولائی کے مہینوں میں کثرت کے ساتھ واقع ہوتا ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ خشک گھانس کا زیرہ (pollen)، جو اس کا سمی عامل ہے، اس وقت افراط کے ساتھ ہوتا ہے ۔ لیکن اس کے حملے خشک زیرہ کے ذریعہ حساس افراد میں سال کے کسی وقت میں بھی مصنوعی طور پر پیدا کئے جا سکتے ہیں ۔ یہ دریافت ہوا ہے کہ حمتہ القش کے مریض مختلف پودوں کے زیروں سے مختلف درجوں میں تعامل ظاہر کرتے ہیں ۔ لیکن اس ملک میں گھانس ہی کا زیرہ اہم عامل ہے ۔ گرما میں یہ بافراط ہوتا ہے، اور ہوا کے ذریعہ سے لمبے فاصلوں تک منتقل ہو سکتا ہے ۔ امریکہ میں بعض کمپازیٹی (Compositæ) کا زیرہ بھی وجہ شکایت ہو سکتا ہے ۔ زیرہ طبعی طور پر استنشاق کے ذریعہ انفی اور شعبی غشائے مخاطی پر اپنا اثر کرتا ہے ۔ اگر مریض اسے تجربتہً نگل لے تو یہ سوءہضم اور اسہال پیدا کر دیتا ہے ۔

دمہ (asthma) ۔ سمی خود روعارضہ (toxic idiopathy) کی ایک دوسری قسم حیوانی دمے ہیں ۔ ان میں مریض ایک گھوڑے کے سبوسہ (dandruff) کی حساسیت رکھتا ہے، اور اگر گھوڑے قرب وجوار میں ہوں تو اُسے دمہ کا حملہ ہو جاتا ہے

یا بلکہ اگر وہ سائیسوں کی صحبت میں ہو تو بھی اُسے حملہ ہو جاتا ہے۔ ایسے افراد میں گھوڑے کے گوشت کے کلمے (sausages) کھانے کے بعد معدی معوی حملے ہونا بیان کئے گئے ہیں۔ "بلی" دمہ ("cat" asthma) مشہور چیز ہے۔ اور بھیڑوں، گایوں، سوروں، خرگوشوں، بکریوں، اور پرندوں کے پَروں کی حسّاسیت بھی ہوتی ہے، چنانچہ ایک معمولی تکیہ پر سونے سے دَمہ کا حملہ شروع ہو سکتا ہے۔ ہالینڈ میں حال ہی میں دریافت ہوا ہے کہ عُثّہ جات (mites) سے سرایت زدہ غلہ، جو جانوروں کو بہت کھلایا جاتا ہے، دمہ پیدا کرنے کا ایک مؤثر ذریعہ ہے۔

ایک دوسرا سمّی خود رو عارضہ (toxic idiopathy) غذائی اشیاء کی حساسیت ہے، اور ممکن ہے کہ ایک خاص نوعی غذائی شئے کھانے سے دَمہ یا معدی معوی اختلالات پیدا ہو جائیں۔ دَمہ کے مریضوں کا امتحان مختلف غذاؤں کے پروٹینوں کی تطعیم سے کیا جا سکتا ہے۔ اناجوں (cereals)، جیسے کہ گیہوں، مکئی، چانول، رائی، جو یا جئی (oats) سے مثبت جلدی تعاملات حاصل ہوئے ہیں۔ انڈے، آلو، کیسین (casein)، جھینگا مچھلی (lobster)، کستورا مچھلی (oyster) اور مختلف قسم کی مچھلی، مختلف قسم کے گوشت، پالک (spinach)، اسٹرابری، سیب، اور دوسرے نباتات و پھل، ان سب سے مختلف اصابتوں میں مثبت تعاملات پیدا ہو گئے ہیں۔

حساسیتی مریضوں میں "جلدی تعاملات" کے امتحان کے دو طریقے ہیں:-

(۱) تشریط (scarification) کے ذریعہ۔ پیش بازو کی جلد کو صاف کرنے کے بعد اُس پر NaOH کے N/10 یا N/20 محلول کا ایک قطرہ رکھ دیا جاتا ہے، اور ایک چھوٹے چاقو کی نوک پر پروٹین کی تھوڑی مقدار بصورت سفوف لگا کر اس سیال میں حل کر دی جاتی ہے، اور پھر اس آمیزہ میں سے ایک سطحی چرکا (cut) ½ انچ لمبا دیا جاتا ہے۔ بیس سے تیس منٹ میں ایک مثبت نتیجہ ظاہر ہوتا ہے، جو ایک شری دَدوڑے (urticarial wheal) کی صورت میں ہوتا ہے، جو قطر میں نصف سینٹی میٹر اور ایک منطقۂ احمرار سے گھرا ہوا ہوتا ہے۔ اس سے بھی کم واضح نتائج کا اندراج ہوتا ہے، کیونکہ وہ تسببی عامل کا پتہ دے سکتے ہیں۔ عیاری نشان (control) بلاشبہ بالکل منفی ہونا چاہیئے۔ (۲) دروں جلدی اشراب (intracutaneous injection) کے

ذریعہ مطلوبہ محلول کی ۵۰۰ سی ۔ سی ۔ مقدار ایک نہایت باریک سوئی سے، جو جلد سے تقریباً متوازی پکڑ رکھی جاتی ہے، جلد کے اندر مشرب کی جاتی ہے ۔ مانع کا ایک چھوٹا بٹن دکھائی دینا چاہیئے، اور طبعی مالح کے ذریعہ ایک عیاری اشراب عمل میں لانا چاہیئے ۔ پیش بازو کا اگلا حصہ بہترین مقام انتخاب ہے ۔ ایک التہابی ہالیزہ مثبت تعامل ظاہر کرتا ہے ۔ ان دونوں میں سے درون جلدی تعامل نسبتہً حسّاس تر ہوتا ہے، اور اس سے دمہ کے مریضوں کے ایک تناسب میں، جو مختلف ملکوں میں مختلف ہے لیکن انگلستان میں بڑا نہیں، مختلف پروٹینی خلاصہ جات [جانوروں کے بالوں، غذائی اشیاء، زیروں (pollens)] کے ذریعہ سے مثبت تعاملات حاصل ہوئے ہیں ۔

زہریلی شئے دمہ کے مریضوں کی بہت غالب تعداد میں نامعلوم ہوتی ہے ۔ یہ محمول الہوا (air-borne) معلوم ہوتی ہے، اور بعض مثالوں میں پھپھوندی (mould) ہو سکتی ہے ۔ یہ اکثر دمہ کے مریض کے مکان کے گرد و غبار میں موجود ہوتی ہے ۔ یہ کسی ایک مقام پر دوسرے مقام کی نسبت زیادہ موجود ہوتی ہے ۔ مثلاً ذی لینڈ (Zeeland) میں ایسے دیہات ہیں جن میں آبادی کا ایک فی صدی حصہ دمہ میں مبتلا ہے، اور جب یہ لوگ دریائے رہائن کے اوپر کے حصہ کی طرف سفر کرتے ہیں تو ان کا دمہ جاتا رہتا ہے ۔ اسی طرح بیشتر دمہ کے مریضوں کو کوہستانی خطوں جیسے کہ آلپس (Alps) میں دمہ کے حملے نہیں ہوتے، اگرچہ کچھ عرصہ تک وہاں رہنے سے اُن کی وہ امنیت جو انھیں نسبتہً نیچے حاصل ہوئی تھی جاتی رہتی ہے اور جب وہ گھر واپس آتے ہیں تو ابتداءً اُن کے حملے معمول سے زائد شدید ہوتے ہیں ۔ آلپس میں حملوں سے مامونیت اس وجہ سے ہوتی ہے کہ وہاں وہ زہر موجود نہیں ہوتا، اور اگر مریض کو گرد و غبار وغیرہ وہاں خاص طور پر لا کر استنشاق کرایا جائے تو حملے مصنوعی طور پر پیدا کئے جا سکتے ہیں ۔ (15)

متعدد عاملات ہیں جو کہ دمہ کی استعداد رکھنے والے افراد میں فی الحقیقۃ ایک حملہ پیدا کر سکتے ہیں، مثلاً انفی غشائے مخاطی کی خراش، قبض، رحمی شکایتیں، غذا سے معدہ کا تمدد، تمباکو نوشی کی زیادتی اور وہ سوءِ ہضم جو اکثر اس کے ساتھ ہوتا ہے، لبنی غذائیں، موشویہ (hair wash) میں کا سیسہ، صبغہ (paint) کی بو، اور بالخصوص

مختلف نفسی حالتیں۔ حملے اس وجہ سے بھی ہو سکتے ہیں کہ مریض ان کی امید رکھتا ہے۔ مثلاً گلاب کے پھولوں کی حساسیت رکھنے والے مریض میں حملہ ایک مصنوعی گلاب کے دیکھنے سے ہو گیا جسے اُس نے اصلی سمجھ لیا، اس کے برعکس شدید ہیجان سے حملہ بالکل رُک سکتا ہے۔ حملوں کے ہونے کا امکان اُس وقت زیادہ ہوتا ہے جب کہ مریض تھکے ہوئے ہوں، یعنی دن کے اختتام پر۔

دَمہ ساری اور معکوس (asthma-infective & reflex)۔ دمہ کی اسامیوں کا یہ گروہ، جس میں اس ملک کے ربوی مریضوں کی غالب تعداد شامل ہے، اوپر بیان کئے ہوئے گروہ سے بالکل مختلف معلوم ہوتا ہے گو کہ دونوں میں کسیقدر تداخل موجود ہے۔ یہ دَمہ اکثر سن بلوغ یا سن یاس (climacteric) میں شروع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ فوری پیش رو (precursor) حاد شعبی التہاب یا ذات الریہ (pneumonia) ہو، جیسا کہ کالی کھانسی (whooping-cough) یا خسرہ میں ہوتا ہے، یا ممکن ہے یہ دَمہ جسم کے دوسرے حصوں میں کی سرایت کے باعث واقع ہو۔ یہ دمہ (۱) اُن اشیا کی حساسیت کے باعث ہے، جو پھیپھڑوں یا دوسرے مقامات میں سرایت کے حقیقی مقام پر جسم کے اندر داخل ہو جاتے ہیں، یا (۲) محض معکوس خراش (reflex irritation) کے باعث ہے۔ (۱) بالغوں میں اس امر کی شہادت ہے کہ فریڈلینڈر (Friedlander) گروہ کے گرم منفی (Gram-negative) عصیات، کاشت ہونے پر ہسٹامائن (histamine) کی قسم کے مادے پیدا کرتے ہیں، اور یہ مادے مقامی طور پر شعبات میں پیدا ہو کر حملوں کا باعث ہوتے ہیں (48)-ماسکی سرایت پر نیچے بحث کی گئی ہے۔ (۲) معکوس دَمہ ناک سے پیدا ہو سکتا ہے، یہ بروڈی (Brodie) اور ڈکسن (Dixon) کی تحقیقات سے سمجھ لینا بالکل آسان ہے جنہوں نے متعین طور پر ثابت کر دیا ہے کہ انفی غشائے مخاطی کی تہییج ایک معکوس شعبی تنگی پیدا کر دیتی ہے۔ فی الحقیقتہ بعض اوقات انفی سعدانوں (nasal polypi) کے استیصال اور ناک پر دوسرے اعمال جراحیہ کے بعد دَمہ واقع ہو گیا ہے۔

اس گروہ میں ماسکی سرایت (focal infection) کا مقام مغارہ فکی (maxillary antrum) میں ہو سکتا ہے۔ اسیطرح التہاب مصفاتی (ethmoiditis)،

انفی سعدانے (nasal polypi)، فاصلی انحراف (septal deviation)، حسیود (ridges)، یا مہمیز (spurs)، اور مفتول ہڈیوں کی بیش پروردگی (hypertrophy of the turbinates) موجود ہو سکتی ہے، اور یہ سب ہوائی راستہ میں مزاحمت پیدا کرتے اور سرایت کے وقوع میں مؤید ہوتے ہیں۔ لوزتین اور غدودہ، ان اصابتوں کی تھوڑی تعداد میں ضروری حصہ لیتے ہیں۔ یقیناً معمولی سرگذشت یہ ہوتی ہے کہ ان پر کم از کم ایک بار جراحی عمل بلا شفار ہو چکا ہے۔ بایں ہمہ ممکن ہے کہ دوسرے راستوں کی جستجو کے بعد عمل جراحی کی ضرورت ہو۔ دانت اور امعاء دوسرے ممکنہ ذرائع سرایت ہیں۔ اس کے بعد ممکن ہے کہ بعض مریض ایسے رہ جائیں جن میں دمہ کا وقوع "سر میں زکام" (colds in the head) کے ساتھ شروع ہو یا اس کے ہمراہ پایا جائے اور جن میں سوائے اس کے کہ ان کی انفی غشائے مخاطی کی قوت مدافعت بظاہر کم ہو گئی ہے اور دوسرا کوئی سبب نہیں بتلایا جا سکتا۔ ان کی حالت اکثر سرما کے مہینوں میں خراب تر ہوتی ہے بلکہ زیادہ اواخر خزاں اور اوائل فصل بہار میں، جب کہ موسم سب سے زیادہ متلوّن (capricious) ہوتا ہے، اور اس کے تغیرات ناگہانی اور اختلال آفریں ہوتے ہیں۔ ساری اور معکوس دمہ کی جو اصابتیں اس ملک میں پائی جاتی ہیں، وہ ما بتق گروہ کی بعض اصابتوں کے خلاف، پروٹینوں کے ساتھ امتحان کرنے پر عموماً تعامل نہیں ظاہر کرتیں۔

دمہ اور شعبی التہاب۔ دمہ شعبی التہاب سے تین طرح سے تعلق رکھتا ہے۔ اولاً جیسا کہ ابھی بیان کیا گیا ہے، دمہ عموماً ایک اوّلی شعبی التہاب کے بعد ہوتا ہے۔ دوم، جب کوئی مریض شعبی التہاب کے متوالی حملوں میں مبتلا ہوتا ہے تو ممکن ہے کہ دمہ بتدریج نمودار ہو جائے، ایسی صورت میں دمہ صرف اسی وقت واقع ہوتا ہے جب کہ شعبی التہاب اپنے خراب ترین درجہ پر آ گیا ہو اور جب شعبی التہاب بہتر ہو جائے تو دمہ بھی صاف ہو جاتا ہے۔ یہ حالت سربوی شعبی التہاب (asthmatic bronchitis) کے نام سے مشہور ہے اور یہ حساسیتی ہرگز نہیں۔ یہ اس وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے کہ شعبی التہاب غشائے مخاطی کی عصبی منتہاؤں میں خراش پیدا کر کے، عضلات کا ایک مقامی انقباض پیدا کر دیتا ہے۔ دمہ سل ریوی کے ساتھ بھی ہوتا ہے۔

141

سوئم حقیقی حسّاسیتی دَمہ کے متواتر حملے ثانوی مزمن شعبی التہاب پیدا کر سکتے ہیں، جیسا کہ بحث علامات میں بیان کیا گیا ہے۔

معمر اشخاص میں سانس پھولنے کے حملے۔ یہ حالت صفحہ 255 پر بیان کی گئی ہے اور بعض اوقات قلبی دمہ (cardiac asthma) کے نام سے موسوم کی جاتی ہے، یا اگر گردے ماؤف ہو گئے ہوں جیسے کہ صلابت شریانی والے گردہ (arteriosclerotic kidney) میں تو کلوی دمہ (renal asthma) کے نام سے موسوم کی جاتی ہے۔ تسمم بولی (uræmia) میں سانس پھولنے کی حالت کو بعض اوقات تسممی بولی دَمہ (uræmic asthma) کہتے ہیں۔

علامات۔ حمۃ القش میں حاد التہاب الانف (acute rhinitis) اور التہاب ملتحمہ (conjunctivitis) کے ساتھ غشائے مخاطی کا اذیما مع (lachrymation) اور چھینکیں پائی جاتی ہیں اور پتلی جلد والے اشخاص میں احمرار (erythema)، اور شری معہ شدید خارش کے پایا جاتا ہے۔ ساتھ ہی دَمہ اور ہیجانی اثرات ہو سکتے ہیں، جیسے کہ سستی، ذہنی انخفاض (mental depression)، چڑچڑا پن اور دردہائے سر۔ غالباً دَوری سیلان الانف (paroxysmal rhinorrhœa)، جس میں مریض کو دفعتہً ناک سے بکثرت آبی رطوبت کا اخراج ہوتا ہے، حمۃ القش سے مماثل ہے۔

دَمہ۔ بعض اوقات تنبیہی علامات ہوتی ہیں، جیسے کہ بے آرامی کا عام احساس، غنودگی، جمائی آنا (gaping)، ٹھوڑی کے نیچے کھجلی، چھینکیں اور زکام، یا پھیکے رنگ کا صاف پیشاب زیادہ آنا۔ لیکن اکثر اوقات حملہ ناگہانی طور پر اور علی الصباح دو اور چار بجے کے درمیان شروع ہوتا ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ مریض سونے کو جاتے وقت بظاہر بالکل اچھا ہو۔ مریض بہر (dyspnœa) کے احساس کے ساتھ جاگ اٹھتا ہے، جس کی وجہ سے اسے بستر پر اٹھ کر بیٹھ جانا پڑتا ہے، یا وہ بستر سے اٹھ کر کھڑکی کھول دیتا ہے تاکہ زیادہ ہوا اندر آ سکے۔ جلد ہی سانس لینے میں ایسی دقت ہو جاتی ہے کہ اسے تنفس کے تمام معین عضلات (accessory muscles) سے مدد لینی پڑتی ہے۔ مریض اپنے ہاتھوں سے اپنے بستر کے بازوؤں کو، کرسی کے بازوؤں کو تختۂ آتشدان (mantlepiece)

کو، یا میز کے کنارے کو پکڑ لیتا ہے، تاکہ بالائی جوارح سے سینہ کو گذرنے والے عضلات کو ایک مضبوط سہارا حاصل ہو جائے۔ ابتداءً سینہ حالت شہیق (inspiration) میں یا تقریباً مثبت ہو جاتا ہے اور نہایت خفیف حرکت پائی جاتی ہے، اور استماع کرنے پر عملاً کوئی اصوات تنفس نہیں سنائی دیتے۔ بعد ازاں جب کہ حرکات کسیقدر زیادہ آزادانہ شروع ہونے لگتے ہیں، تو جو چیز سب سے زیادہ نظر آتی ہے وہ زفیر (expiration) کی غیر معمولی طوالت ہوتی ہے، جس کے ساتھ زور سے سائیں سائیں کی آواز (loud wheezing) ہوتی ہے، جو فاصلہ سے سنائی دیتی ہے، لیکن شرح تنفس سست ہوتی ہے۔ سینہ کسی قدر بیش گمگی (over-resonant) ہوتا ہے۔ شہیقی خریر (inspiratory murmur) بمشکل سنائی دیتا ہے، یا اس کے ساتھ ایک کسیقدر صفیری (sibilant) خرخرہ (rhonchus) ہوتا ہے، لیکن زفیر کے ساتھ وہ بلند آواز خرخرہ سنائی دیتا ہے جس کا ابھی ذکر کیا گیا ہے۔ اس کے ساتھ مریض کی تکلیف بہت زیادہ ہوتی ہے۔ اس کا چہرہ ازرق ہو جاتا ہے، آنکھیں نکلی پڑتی ہیں، ملتحمات ممتلی (suffused) یا سرخ ہو جاتے ہیں، اور مریض کی ساری توجہ سینہ سے ہوا کو خارج کرنے کی کوشش میں جذب ہو جاتی ہے۔ عموماً تپ نہیں ہوتی۔ کچھ عرصہ کے بعد، اور ممکن ہے کہ یہ دو یا تین گھنٹے ہو، مریض کھانسنا شروع کرتا ہے اور کسیقدر تیلی، شفاف مخاط کا نفث کرتا ہے، جس کے ساتھ تھوڑا خون بھی ملا ہوا ہو سکتا ہے۔ پھر تنفس میں نسبتہً آسانی ہو جاتی ہے، زراق کم ہو جاتا ہے، بتدریج ساری تکلیف جاتی رہتی ہے، اور مریض کو نیند آجاتی ہے۔

نباق (sputum) کے اندر اکثر استوانی یا ہڈبی سر حلمہ کے علاوہ وہ اجسام موجود ہوتے ہیں جو مرغولہ جات کرشمان (Curschmann's spirals) کے نام سے موسوم کئے جاتے ہیں۔ یہ زردی مائل سبز یا رمادی درات ہیں، جو مخاط کے دھاگوں سے بنتے ہیں۔ خردبین کے نیچے یہ پیچ کھائے ہوئے باریک یا موٹے ریشے نظر آتے ہیں، جن کے ساتھ ایوسین پسند سپید خلیات ملے ہوتے ہیں، اور بیچ میں ہمیشہ ایک شفاف ریشہ ہوتا ہے۔ غالباً یہ باریک ترشعبی انبوبات میں بنتے ہیں۔ دو قسم کی قلمیں بھی پائی جاتی ہیں، یعنے مکعب قلمیں جو کیلسیئم کاربونیٹ سے بنی ہوئی ہوتی ہیں

142 (17)، اور لمبوتری شش سطحی (hexahedral) قلمیں، جن کو شارکو لیڈن کی قلمیں (Charcot-Leyden crystals) کہتے ہیں، جو کیلسیم فاسفیٹ سے بنتی ہیں اور بعض اوقات مرغولہ جات میں پائی جاتی ہیں۔ خون کے ایوسین پسند سپید خلیات تعداد میں زیادہ ہوجاتے ہیں۔

دمہ کا ہر دورہ دو یا تین گھنٹوں سے لے کر اتنے ہی دنوں تک جاری رہ سکتا ہے۔ طویل یا مختصر وقفوں کیا تھا اُن کا وقوع بہت کچھ انکے اسباب محرکہ (exciting causes) پر منحصر ہوتا ہے، یعنے ایک محتاط مریض جو یہ جانتا ہے کہ اُن چیزوں سے جو دورہ پیدا کردیتی ہیں کیونکر محترز رہنا چاہیئے، طویل عرصوں تک محفوظ رہ سکتا ہے۔ اس بیماری کی تدت بھی نہایت مختلف ہوتی ہے۔ ایسے بہت سے لوگ جو بچپن میں مبتلا ہوتے ہیں بالغ عمر میں شفایاب ہوجاتے ہیں۔ خود حملے شاذ ہی مہلک ہوتے ہیں اور ایسے حملوں کا گاہے گاہے وقوع جو نہایت شدید نہوں مضر صحت نہیں ہوتا۔ لیکن کثیر الوقوع دورے شش کا نفاخ (emphysema) اور بالآخر اُس کے ساتھ شعبی التہاب پیدا کردیتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ کم وبیش کبودی ہمیشہ موجود ہوتی ہے، جس کے ساتھ شانے گول، سینہ برمیل نما (barrel-shaped)، اور تنفس بالجہد (laboured) ہوتا ہے، اور یہ خصائص وہ ہیں جو کہ خود دوروں کی اثنا میں مشاہدہ میں آتے ہیں۔ اس سے عمر گھٹ جاتی ہے، اور شعبی التہاب کی شدید تر شکلوں میں مبتلا ہوجانے کا رجحان بڑھ جاتا ہے۔

تشخیص ۔ حمۃ القش کی تشخیص میں یہ یاد رکھنے سے مدد ملے گی کہ یہ موسم گرما کے اول نصف میں ہوتا ہے۔ دمہ کی صورت میں، اگر سرگذشت مرض تنفس کی نوعیت اور اُس کے حملہ کے آغاز کا بغور مطالعہ کیا جائے تو تشخیص آسان ہوتی ہے۔ مرض قلب، صدری انورسما اور حنجری تسدد (laryngeal obstruction) میں بہر کے ناگہانی حملے دمہ سے قریبی مشابہت رکھ سکتے ہیں۔ ہسٹیریائی حملے بھی اُس سے مشابہ ہوسکتے ہیں۔ اس امر کی دریافت کے لئے کہ آیا مریض کسی خاص خارجی پروٹین کی حساسیت رکھتا ہے، جلدی تعاملات (skin reactions) وسیع طور پر مستعمل ہیں۔ ضد سمی مصل (antitoxic serum) کا اشراب کرنے سے پہلے ایسا امتحان گھوڑے کے

مصل کے لئے کر لینا چاہیے، کیونکہ اُس اشراب سے بہت سے ربوی مریض ہلاک ہوگئے ہیں۔ دمہ عضوی مرض کا نتیجہ بھی ہو سکتا ہے اور یہ امر شعبہ بینی (bronchoscopy) کے ذریعہ دریافت ہو سکتا ہے۔

تحریز۔ حمۃ القش اور دمہ دونوں میں خاص مقصدِ علاج حملوں کی رُوک تھام ہے۔ حمۃ القش میں گھانس کے زمانہ (hay-time) میں اضلاع میں رہنے سے محترز رہنا چاہیے۔ اگر مریض باہر جائے تو آنکھوں یا ناک پر ایک نقاب (veil) پہن لے۔ کہتے ہیں کہ کیلسیم لیکٹیٹ (calcium lactate) کے داخلی استعمال سے حمۃ القش کے لئے حسایت کم ہو جاتی ہے۔ ناک کی عظام مفتولہ (turbinals) پر کے بعض مقامات کو کوکین لگانے کے بعد مکواۃ برقی (electric cautery) سے آہستہ سے چھو کر متہیج کیا جاتا ہے۔

جُدرینی علاج (vaccine therapy) کے اصول پر بہت کچھ کام کیا گیا ہے (18)۔ مریض جس زیرہ کی حسایت رکھتا ہے اُس زیرے کے مُرقق خلاصہ جات کے تحت الجلدی اشراب سے بہت سی اصابتوں میں علامات میں تخفیف اور حسایت میں کمی کی جا سکتی ہے۔ دس لاکھ میں ایک حصّے والا آبی محلول ایک اکائی (یونٹ) کے طور پر، پانچ لاکھ میں ایک حصّہ والا دو اکائیوں کے طور پر، ایک لاکھ میں ایک حصّہ والا دس اکائیوں کے طور پر لیا گیا، اور علیٰ ہٰذا القیاس۔ متوقع حملہ سے ترجیحاً دو یا تین ہفتے پہلے نہایت کمزور محلول کی ایک سی۔سی کا اشراب کر دیا جاتا ہے اور بڑھتی ہوئی مقداروں کا، یا بڑھتی ہوئی طاقت کے محلولات کی اسی ایک سی۔سی کی مقدار کا ہر تیسرے یا چوتھے دن اشراب کیا جاتا ہے، یہاں تک کہ بارہ یا زائد خوراکیں دیدی جائیں۔ شخصی حسایت کے امتحان کے لئے فری مَن (Freeman) اکائیوں میں محلول کی وہ طاقت دریافت کرتا ہے، کہ جس سے عینی تعامل (ophthalmic reaction) حاصل ہو جائے، اور اسی طریقہ امتحان سے وہ اپنی بعد کی خوراکوں کی تنقیح کرتا ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ ہزار میں ایک حصّہ والا محلول، اتم طاقت ہے جو مناسب ہے۔

دمہ کے متعلق اہم ترین امر یہ ہے کہ حتی الامکان کامل ترین حالتِ صحت میں رہنا چاہیئے۔ بالخصوص کام کی زیادتی سے پرہیز کرنا چاہیے۔ باقاعدگی کے ساتھ

ورزش (exercise) کرنی چاہیئے اور تعطیلیں کافی لینی چاہئیں۔ بعض اشخاص ایسے ہیں کہ جو لندن اور بڑے شہروں میں دوروں سے مصئون رہتے ہیں لیکن اگر وہ اضلاع میں رہنے کی کوشش کریں تو انھیں فی الفور دورہ ہوجاتا ہے۔ اس کے برعکس دوسرے اشخاص ایسے ہوتے ہیں جو صرف اضلاع میں رہ سکتے ہیں اور اگر شہروں میں رہیں تو انھیں دمہ کے دورے ہوجاتے ہیں۔ اسی طرح سمندر کی ہوا بعضوں میں دورے پیدا کردیتی ہے اور دوسروں کو اچھا کردیتی ہے۔ کسی مریض کے متعلق یہ واقعات محض تجربہ کرنے سے معلوم ہوسکتے ہیں۔ عموماً مریض اونچی زمین پر بہتر رہتے ہیں۔

اس کے بعد جو امور غور طلب ہیں وہ یہ ہیں کہ کس طرح غذا میں اعتدال اور احتیاط عمل میں لائی جائے۔ غذا ہلکی اور بہ آسانی ہضم ہونے والی ہونی چاہیئے۔ شب کا کھانا بھاری نہ ہونا چاہیئے۔ اور وقتاً فوقتاً خاص خاص غذاؤں، مثلاً پنیر، مٹھائیوں، سور کے گوشت، بیئر کو غذا سے خارج کرکے دیکھنا چاہیئے کہ ان میں سے کوئی شئے نقصان رساں تو نہیں ہے۔ سینکی ہوئی ڈبل روٹی (toasted bread) اور خوب سینکے ہوئے بسکٹ کھانے چاہئیں۔ نشاستہ آمیز (farinaceous) غذاؤں کو پانی میں اُبالنا چاہیئے نہ کہ دودھ میں۔ دودھ کی دوسری غذاؤں، مثلاً پنیر کی غذا سے پرہیز کرنا چاہیئے۔ جگر کے فعل میں مدد دینے کے لئے لیمو یا سنگترہ کے ساتھ ایک اونس ڈیکسٹروز (dextrose) دن میں تین بار تجویز کرنا چاہیئے۔ جب مریض فربہ ہو تو ایک قلیل الحرارہ غذا (low calorie biet) کی ضرورت ہے۔ اگر یہ معلوم ہوجائے کہ مریض کسی خاص پروٹین کی حساسیت رکھتا ہے تو اس شئے سے پرہیز کرنا لازم ہے، یا اگر ایسا کرنا مشکل ہو تو اس خاص پروٹین سے حساسیت ربائی (desensitization) عمل میں لانی چاہیئے۔ پروں سے تعامل ظاہر کرنے والے مریضوں کے لئے ایک سیمل کی روئی کا تکیہ (capoc pillow) تجویز کیا جاتا ہے۔ غیر نوعی پروٹینی علاج (non-specific protein therapy) کے ذریعہ سے اچھے نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ ایک لاکھ میں ایک طاقت والی کاخ کی ٹی۔ ڈی۔ اے ٹیوبرکیولین (Koch's T. D. A. tuberculin) کے ایک سی۔سی کے ہفتہ واری

143

تحت الجلدی اشراب استعمال کئے گئے ہیں (19)۔ پیپٹون (peptone) کے اشرابات آرمور کے نمبر ۲ پیپٹون (Armour's No. 2 peptone) کی شکل میں، دروں عضلی یا دروں وریدی راہ سے ہفتہ میں دو بار عمل میں لائے جاتے ہیں۔ پہلی خوراک ۳ ء ۰ سی۔ سی۔ ہے، اور یہ بتدریج بقدر ۲ ء ۰ سی۔ سی بڑھائی جاتی ہے، اور اتم مقدار خوراک ۲ یا ۵ ء ۲ سی۔ سی ہے۔ اتم مقدار خوراک وہ ہے جو تعامل پیدا کرتے کرتے ناکام رہ جائے، اور اشراب کے چار یا پانچ گھنٹے کے بعد تپش کا امتحان کر کے دیکھنا چاہیئے کہ وہ بلند تو نہیں ہو گئی ہے (20)۔ بعض اوقات ہر کھانے سے ٹھیک یون گھنٹہ پہلے پیپٹون (۵ ء ۰ گرام) براہ دہن لینے سے کامیابی ہوتی ہے۔ مریض کے اپنے پروٹیوز جو کہ اس کے پیشاب سے تیار کئے جاتے ہیں، تغیر پذیر کامیابی کے ساتھ آزمائے گئے ہیں۔ دوسرے نہایت مختلف الاقسام طریقے بیان کئے جا سکتے ہیں جو شائد ایک عمومی تعامل پیدا کر کے عمل کرتے ہیں جس سے مریض کی عارضی طور پر حساسیت ربائی ہو جاتی ہے۔ سونے کو جانے سے پہلے بیس منٹ کے عرصہ کا گرم غسل، جس کی تپش ۹۸ درجے سے ۱۰۶ درجہ فارن ہائٹ تک بڑھتی ہو، ممکن ہے کہ شبانہ حملوں کو روک دے۔ جلد کے ایک رقبہ پر ورائے بنفشئی روشنی (ultra-violet light) کی ایک "احمراری معتاد" ("erythema dose") یا لاشعاعوں میں تکشف اسی طرح سے عمل کر سکتا ہے (21)۔ مانٹ ڈورے (Mont Dore) میں ایک گرم مرطوب کرۂ ہوائی میں تکشف استعمال کیا جاتا ہے۔ بعض اوقات فاصل الانف کو مکواۂ برقی سے آہستہ سے چھیڑنے سے حملے رک جاتے ہیں، اور یہ اس وقت نہایت مفید ہوتا ہے جب کہ ناک میں کوئی تشوہ (deformity) یا سعدانے (polypi) نہوں اور انقباضی ضغط دموی (systolic blood pressure) بلندی کی طرف مائل ہو (۱۲۰ تا ۱۶۰ ملی میٹر)۔ دمہ میں ناک کے سعدانوں (polypi) کو کسی بھی حالت میں نہیں نکالنا چاہیئے (16)۔ ایسے ہوا بند کوشک تعمیر کئے گئے ہیں جن میں مریض سوتا ہے اور ۱۰۰ فیٹ کی بلندی سے کھینچی ہوئی ہوا جو مزید برآں تبرید کے ذریعہ مولڈز (moulds) سے اور بھی پاک کر لی گئی ہو، ترویح کے لئے استعمال کی جاتی ہے۔ یہ رائے پیش کی گئی ہے کہ چونکہ مریض چوبیس گھنٹوں کے بیشتر حصے میں ان کرۂ ہوائی مادوں سے محفوظ رہتا ہے، لہذا وہ

حملوں سے مصئون رہتا ہے (22) ۔ لائکر آرسینی کیلیس (liquor arsenicalis) فی خوراک ۵ قطرے (.min)، برومائڈز (bromides)، اور بالخصوص پوٹاسیم آیوڈائڈ روزانہ ۳۰ گرین تک کی خوراکوں میں، یہ سب حملوں کا آغاز روکنے کے لئے نہایت مفید ادویہ ہیں کیلومل (calomel) کی تھوڑی خوراکوں سے ہلکے اسہال لانا بھی مفید ہوتا ہے اور سیلال (salol) اور دوسرے معوی دافعات سرایت (intestinal disinfectants) بھی استعمال کئے گئے ہیں۔

جب دمہ سرایت کے ہمراہ پایا جائے تو دوسرے مستزاد طریقہائے علاج میسر ہیں ۔ زکام (coryza) کا علاج پیرافین اور ویسلین کے اُس آمیزہ سے کرنا چاہیئے جو صفحہ 196 پر بیان کیا گیا ہے ۔ بُساق یا انفی افرازات سے خود زاد جُدریات (autogenous vaccines) تیار کئے جا سکتے، یا ایک مذخورہ جُدرین (stock vaccine) استعمال کی جا سکتی ہے ۔ اُن کے استعمال کا بہترین طریقہ درون جلدی (intracutaneous) ہے، اور مقامی تعامل کی مقدار سے مقدار خوراک کے متعلق رہنمائی حاصل ہوتی ہے ۔ عفونی ماسکات (septic foci) کی تلاش و تدارک کرنا چاہیئے۔

علاج ۔ حمۃ القش کے لئے موریل مکینزی (Morell Mackenzie) آنکھوں اور ناک میں کوکین کے ۲ تا ۴ فی صدی محلول کے رشاش (spray) کی سفارش کرتا ہے ۔ ناک کی صورت میں اس کے بعد روزانہ ایک ویسلین آلودہ یا روغن آلودہ شمعہ (bougie)، فرش انف کے برابر برابر داخل کر کے پہلے دس منٹ کے لئے اور ازاں بعد بتدریج بڑھتے ہوئے عرصوں کیلئے حتیٰ کہ نصف گھنٹہ یا زائد عرصہ کے لئے اندر چھوڑ دیا جاتا ہے ۔ ایڈرینین ہائڈروکلورائڈ (adrenin hydrochloride) کے ۱ حصہ میں ۵۰۰۰ حصہ طاقت والے محلول کا ناک یا حلق میں رشاش کیا جا سکتا ہے ۔ جہاں مزمن بیش پروری التہاب انف (chronic hypertrophic rhinitis) موجود ہو وہاں متورم غشائے مخاطی پر کوکین کے ۲ فی صدی محلول کے ابتدائی استعمال کے بعد گیلوانی مکواۃ (galvano-cautery) کا استعمال کرنا بسرعت شفا بخش معلوم ہوتا ہے۔

دمہ کا حملہ روکنے کے لئے ایڈرینین ہائڈروکلورائڈ (۱۰۰۰ میں ۱ حصہ) کے

ا تا ۲ قطروں کا اِشراب نہایت یقینی علاج ہے، اگرچہ اُس کے ۱۰ بلکہ ۵ ملی میٹر کا دروں عضلی اشراب بھی کیا جاتا ہے۔ ۱۰۰۰ میں ایک حصہ ایڈرینالین (adrenaline) کا رشاش کہ جسمیں فی اونس ۱ ابقیدی گلسرین، ۵۰ فی صدی کلورٹون اور ۲ قطرے سلفرس ترشے (sulphurous acid) کے ملے ہوئے ہوں ایک سہولت وہ طریقہ استعمال ہے۔ مرشہ کو ہاتھ یا پمپ کے ذریعہ چلایا جاتا ہے، یا ایک استوانہ (cylinder) میں کی آکسیجن کو بطور قوت محرکہ کے استعمال کیا جاتا ہے۔ ایڈرینین کی تالیفی قلمیں (synthetic crystals (املی گرام) زبان کے نیچے رکھ کر جذب کرائی جا سکتی ہیں۔ کیفین آیوڈائڈ (caffeine iodide) (½ ۲ گرین)، یا پائراڈان (pyramidon) (½ ۴ گرین)، اور ایفیڈرین (ephedrin) (½ گرین) براہ دہن لی جا سکتی ہے۔ امائل نائٹرائٹ (amyl nitrite) بھی عام طور پر سونگھی جاتی ہے، یا صبغیہ تبغ صحرائی (tr. lobeliæ æth.)، صبغیہ جوز ماثل (tr stramoni)، صبغیہ لفاح (tr. belladonnæ)، کلورل ہائڈریٹ (chloral hydrate)، نائٹرائیٹس (nitrites)، یا نائٹروگلیسرین (nitroglycerine) کی اتم قرابادینی خوراکیں براہ دہن دی جا سکتی ہیں۔ ایک نہایت عام طریقہ علاج یہ ہے کہ نائٹر کے محلول (nitre solution) میں سیر شدہ کاغذ کو خشک کر کے اور اُسے جلا کر اُس کے بخارات کا استنشاق کیا جائے، یا جوز ماثل (stramonium) کے کٹے ہوئے پتوں سے بنائے ہوئے سگریٹ پیے جائیں، یا جوز ماثل کے دوسرے تجہیزات استعمال کئے جائیں۔ استنشاق (inhalation) یعنے دھواں لینا باقاعدہ علاج کرنے کا ایک بُرا طریقہ ہے کیونکہ اُس سے شعبی غشائے مخاطی میں خراش پیدا ہو کر شعبی التہاب (bronchitis) نمودار ہو جاتا ہے۔

مریض کو ایک آکسیجنی خیمہ (oxygen tent) کے اندر آکسیجن (oxygen) اور کاربن ڈائی آکسائیڈ (carbon dioxide) دے کر حالت دَمّہ (status asthmaticus) کو واقع ہونے سے روکا جا چکا ہے (49)۔ مصنف نے دروں ریوی دباؤ کو بڑھا کر چند حملے روک دیئے ہیں (ملاحظہ ہو ریوی تہیج)۔ اگر بہت شعبی التہاب ہو تو آکسیجنی خیمہ بلا کاربن ڈائی آکسائیڈ کے نفع بخش ثابت ہوتا ہے۔

بڑے شعبات کا تسدد

جہاں تک پچکاؤ کے مختلف اسباب کا تعلق ہے، دو بڑے شعبات، قصبۃ الریہ سے قریبی مماثلت رکھتے ہیں، اور جو کچھ قصبی تسدد کے عنوان کے تحت کہا گیا ہے اُس میں سے بہت کچھ یہاں مکرر بیان کیا جا سکتا ہے۔ پچکاؤ یا تنگی (stricture) کے باعث جو تسدد پیدا ہوتا ہے وہ ریوی سرطان، انورسما، اجسام غریبہ یا ایسے شعبی غدد کا نتیجہ ہوتا ہے جو خبیث بالیدگی سے یا تجبن (caseation) اور تقیح (suppuration) سے بڑے ہو گئے ہوں۔ نسبتہً کم عام طور پر مری کا سرطلمی سلعہ (epithelioma of the œsophagus) صمغیہ (gumma)، بلکہ ایک متسع بایاں اذین بھی شعبہ کو دبا سکتا ہے۔ یہ امر اہم ہے کہ محراب اورطی کے انورسما سے بائیں شعبہ کے پچکاؤ کا خاص امکان ہے، کیونکہ بایاں شعبہ اسی محراب کے نیچے سے گزرتا ہے۔ چونکہ دایاں شعبہ نسبتہً بڑا ہوتا ہے، لہٰذا اجسام غریبہ زیادہ اکثر اسی کے اندر گر جاتے ہیں۔ اور چونکہ دونوں شعبات کے درمیان فصل پیدا کرنے والا حید خط وسطی سے کسیقدر بائیں جانب کو ہوتا ہے، لہٰذا قصبہ کے مرکز میں گرنے والے اشیاء اُس کی دائیں شاخ کے اندر چلے جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ کھانسنے میں وہ قصبہ کے اندر دھکیل دیئے جائیں اور اُسی یا متقابل شعبہ کے اندر واپس گر جائیں۔

شعبہ کے تسدد کے بعد شُش کے متناظر حصے اور اُس شعبہ کے بعدی انقسامات میں اہم تغیرات واقع ہو جاتے ہیں۔ بالآخر ہر اصابت میں یہ شُش ھبوط ہو جاتا ہے کیونکہ جب ہوا کا باہمی تبادلہ تمامتر موقوف ہو جاتا ہے تو باقی ماندہ ہوا کو ریوی عروق جذب کر لیتے ہیں ۔ آخر کار ریوی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔ ایک سریع الوقوع کامل تسدد میں، جیسا کہ ایک جسم غریب کے انغراز (impaction) سے ہو جاتا ہے یہ ہبوط بہت جلد واقع ہوتا ہے لیکن جب یہ پچکاؤ بتدریج ہوتا ہے، جیسے کہ ایک انورسمائی ساچہ (aneurysmal sac) کی صورت میں، تو ابتداءً ہوا سے شُش کا انتفاخ ہوتا ہے جس سے ممکن ہے کہ قلب اپنی جگہ سے باہر دھکیل دیا جائے، اور ڈائفرام نیچے کی طرف

ہٹ جائے (Newton Pitt)۔ ایک ڈھیلا جسم غریب بھی، ایک گولہ گھر مصراع (ball & socket valve) کی طرح عمل کرکے، ایسا ہی اثر پیدا کر دیتا ہے۔

اس کا ایک اور اثر تمدد الشعب (bronchiectasis) ہے جو دو یا تین ماہ کے عرصہ میں نمو یاب ہو سکتا ہے۔ جب جسم غریب ایک پی نٹ[1] (pea-nut) ہو تو بالکل جلد ہی نہایت خطرناک التہاب پیدا ہو جانے کا اندیشہ ہوتا ہے۔ اجسام غریبہ ذیل کی دیگر پیچیدگیاں پیدا کر سکتے ہیں:۔ پھوڑے، اور حاد اصابتوں میں کبھی کبھی استرواح الصدر (pneumothorax) یا تقیحی استرواح الصدر (pyo-pneumothorax)، اور طویل المدت قائم شدہ اصابتوں میں تقیح الصدر (empyema) یا وافر نفث الدم (hæmoptysis) ۔ (23)

علامات اور طبیعی امارات۔ یہ تسدد کے درجہ اور اس کی پیدائش کی سرعت کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ اور چونکہ مقابل انبوبہ اکثر غیر ماؤف ہوتا ہے اور اس طرح صرف نصف تنفسی رقبہ میں مداخلت ہوتی ہے، لہٰذا وقوع ہلاکت سے پہلے شعبہ زیادہ کامل طور پر مسدود ہوتا ہے اور قصبۃ الریہ اتنا کبھی نہیں ہوتا۔

ابتدائے سکون یا مشقت کی حالت میں بُہر (dyspnœa) ہی ایک مستقل علامت ہوتی ہے، اور کبھی کبھی صرصرہ (stridor) اور خفیف نفث الدّم ہوتے ہیں لیکن دونوں بڑے شعبات میں سے کسی ایک کا تسدّد اختناق (asphyxia) کے ویسے ہی دَورے پیدا کر سکتا ہے جیسے کہ قصبی تسدد میں واقع ہوتے ہیں۔ تمددالشعب نمو یاب ہو جانے پر کھانسی، بدبودار بساق کا نفث، اور حموی تعامل نمایاں علامات ہو جاتی ہیں۔

145

خاص طبیعی امارت حویصلی خریر (vesicular murmur) کی غیر موجودگی یا اُس کی انتہائی کمزوری ہے، جو مقابل جانب پر بڑھے ہوئے اصوات تنفس کے مقابلہ میں شدید تضاد پیش کرتی ہے۔ یہ بعض اصابتوں میں کچھ وقت کے لئے ایک ہی منفرد طبیعی امارت ہو سکتی ہے، کیونکہ ممکن ہے کہ گمک کامل طور پر طبعی ہو۔ لیکن اُن اصابتوں میں جن میں شش کا انتفاخ واقع ہو جاتا ہے، قرع کرنے پر بیش گمک موجود ہوگی اور ساتھ ہی یہ گمک قلبی رقبہ تک پھیلی ہوئی ہو کر قلب کی

[1] ایک پھلی جو کہ کھانے اور تیل نکالنے کے کام آتی ہے (سٹینڈرڈ ڈکشنری۔ عبدالحق)۔

غیر وضعیت کا ثبوت موجود ہوگا، جس کا نتیجہ یہ ہو سکتا ہے کہ استرواح الصدر (pneumothorax) کے ساتھ قریبی مشابہت ہو جائے۔ ان اصابتوں میں بالآخر اور دوسری اصابتوں میں نسبتاً بہت جلد ہوا کے جذب ہو جانے پر ماؤف قاعدے پر اصمیت (dulness) ہوتی ہے اور ساتھ ہی لمسی ارتعاش گھٹا ہوا ہوتا ہے۔ یہ بڑھ کر یہ حالت ہو سکتی ہے کہ اصوات تنفس (breath sounds)، بولنے کے اصوات (voice sounds)، لمسی ارتعاش اور قرعی گمک تمامتہ غائب ہوں۔ اگر تمدد الشعب کے کہفے بڑی حد تک بن جائیں تو مندرجۂ بالا طبیعی امارات کے بجائے ایک یا دوسرے چھوٹے رقبہ پر قطیلی قرعی سُر، کہفی تنفس (cavernous breathing)، چٹخنے والے (crackling)، متغرغر (gurgling) لغطات (râles)، شعبہ صوتی (bronchophony) اور صدر کلامی (pectoriloquy) موجود ہو سکتے ہیں۔

تشخیص۔ عمدہ گمک کے ساتھ سینہ کی ایک جانب پر اصوات تنفس کی تقریباً کامل غیر موجودگی کا اجتماع تناظر شعبہ کے تسدد کی نہایت مخصوص و ممیتز علامت ہے۔ جب تسدد کے ساتھ صرصرہ (stridor) موجود ہو تو اس پر غلطی سے شعبی التہاب کا گمان ہو سکتا ہے۔ متذکرۂ بالا سبب سے ہونے والا صرصرہ (stridor) متقل اور یکساں نوعیت کا ہوتا ہے، کیونکہ وہ ایک واحد نقطۂ تسدد سے پیدا ہوتا ہے، لیکن شعبی التہاب کے خرخرات (rhonchi) اپنی بلندی (loudness)، درجہ ارتفاع (pitch) اور مقام وقوع میں ہمیشہ بدلتے رہتے ہیں۔

شعبہ کے ایسے پچکاؤ میں جس کے ساتھ شش کا انتفاخ ہو، بیش گمک کی موجودگی اور ساتھ ہی اصوات تنفس کی غیر موجودگی کے باعث استرواح الصدر (pneumothorax) کی غلط تشخیص کی گئی ہے۔ ایسی اصابتوں میں ممکن ہو کہ شعاع نگاشت (radiogram) سے پچکاؤ کی حالت میں انورساکی موجودگی، یا استرواح الصدر کی حالت میں ریڑھ کی جانب بازکشیدہ (retracted) شش کی موجودگی ظاہر ہو جائے۔

لیکن اس کے برعکس جب ضیق (stenosis) شش کا کم و بیش ہبوط (collapse) پیدا کر دیتی ہے، جیسا کہ اس کو بالآخر پیدا کرنا ہی چاہئے، تو طبیعی امارات اُن علامات سے مشابہ ہوتے ہیں جو ایک جزئو جذب شدہ پلیورائی انصباب

(pluritic effusion) کے باعث ہوتے ہیں' اور ایسی صورت میں آخری فیصلہ کے لئے ایک استقصائی پچکاری (exploring syringe) کی ضرورت ہو سکتی ہے۔

جہاں اجسام غریبہ کا سوال ہو تو بلاشبہ سرگذشت مرض پر احتیاط کے ساتھ غور کرنا چاہیے۔ بہت سے اجسام غریبہ لاشعاعوں سے غیر شفاف نظر آتے ہیں۔ مناسب اصابتوں میں شعبہ بین (bronchoscope) استعمال کرنا چاہیے۔

انذار۔ اس کا انحصار تسدد کی نوعیت اور التہابی تعامل کے درجہ پر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ شش میں کسی جسم غریب کی انتہائی برداشت پیدا ہو جائے جیسا کہ اس واقعہ سے ظاہر ہوتا ہے کہ ایسی اصابتیں مواظب تمدد الشعب اور لیفیتِ شش کے ساتھ چھتیس سال تک قایم رہی ہیں (23)۔

علاج۔ قصبہ کے تسدد کے علاج سے مشابہ ہے۔

ششوں کا نفاخ

(EMPHYSEMA OF THE LUNGS)

نفاخ کی اصطلاح (εν, بمعنی اندر اور φυσα بمعنی ہوا) بجا طور پر ہوا کی اس وعایدری کو ظاہر کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے' جو کہ تحت الجلدی اور دوسری بافتوں کے اندر (جراحی نفاخ = surgical emphysema) یا پھیپھڑوں کی بین لختکی یا بین خلائی بافت کے اندر (بلین خلائی نفاخ = interstitial emphysema) ہو۔ اس مرض شش کے لئے جس پر اب بحث کی جائے گی اس کا اطلاق بہت کم موزوں ہے' تاہم طبی محاورہ میں یہ عموماً اسی مرض کے لئے محفوظ رکھی جاتی ہے۔ شش کے جوفیزوں میں قدرتی طور پر بھی ہوا ہوتی ہے۔ زیر بحث مرض میں وہ غیر طبعی طور پر منتفخ ہو جاتے ہیں' اور یہ کہہ سکتے ہیں کہ اُن میں حد سے زائد ہوا موجود ہوتی ہے۔ اس حد تک تو نفاخ (حویصلی نفاخ = vesicular emphysema) کا نام بجا ہو سکتا ہے۔ تاہم جوفیزی تمدد (alveolar ectasis) کا نام جو پیش کیا گیا ہے' نسبتہً زیادہ صحیح ہے۔

بحث اسباب اور امراضیات۔ نفاخ کی پیدائش میں کئی عاملات حصہ لیتے ہیں۔ ان میں سے بعض مزمن شعبی التہاب (chronic bronchitis) میں کارفرما ہوتے ہیں جو اس حالت کا سب سے زیادہ عام سبب ہے۔ (۱) کھانسنے کے فعل سے ذرا پہلے بند مزمار (glottis) کے پیچھے پھیپھڑوں میں دباؤ زیادہ ہو جاتا ہے۔ یہ امر دموی رسد میں اس لئے مداخلت کرتا ہے کہ ریوی خون کا دباؤ کم ہوتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ رفتہ رفتہ شش کی بافت کا انحطاط واقع ہو جاتا ہے

146

(۲) کھانسنے کے اختتام پر ایک گہرا شہیق (inspiration) لیا جاتا ہے، جس سے جوفیزوں کا انتفاخ ہو جاتا ہے، اُن کی دیواریں تن جاتی ہیں اور عروق شعریہ تنگ ہو جاتے ہیں، اور اس کا بھی یہی نتیجہ ہوتا ہے کہ دموی رسد میں مداخلت ہوتی ہے۔ (۳) عضلات جو قوت دوران شہیق میں بروئے کار لاتے ہیں وہ اس قوت کی بہ نسبت زیادہ ہوتی ہے جو کہ دوران زفیر (expiration) میں بروئے کار لائی جاتی ہے، کیونکہ آخرالذکر فعل زیادہ تر پھیپھڑوں کی لچکدار بازگشت (elastic recoil) ہی کی وجہ سے ہوتا ہے۔ اگر شعبات افراز سے جزئی طور پر مسدود ہوں تو باوجود اس تسدد کے دوران شہیق میں ہوا جوفیزوں کے اندر کھنچکر آ سکتی ہے لیکن دوران زفیر میں پھر اُن سے باہر نہیں نکل سکتی۔ نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جوفیزے مستقلاً منتفخ ہو جاتے ہیں۔ یہی عامل دمہ کی حالت میں بھی بروئے کار آتا ہے، جہاں تسدّد شعبی عضلات کے انقباض کے باعث پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ تسدد ایک مصراع کے طور پر عمل کرتا ہے، یعنی ہوا کو اندر تو آنے دیتا ہے لیکن پھر باہر نہیں جانے دیتا۔ (۴) خیال کیا جاتا ہے کہ شیشہ گروں یعنے کانچ پھونکنے والوں (glass-blowers)، پھونک کر باجا بجانے والوں اور ان لوگوں میں جو محنت طلب پیشوں میں مشغول رہتے ہیں، اور جنھیں یا تو ہوا کی ایک دھیمی منضبط رَو کی رَسد پہنچانے کے لئے یا بازووں کے استعمال کے لئے ایک سہارے کا نقطہ (point d'appui) مہیا کرنے کے لئے اپنے سینے مسلسل پُھلائے ہوئے رکھنے پڑتے ہیں، جوفیزی دیواریں زیادہ طویل عرصہ تک تن کر کھنچ جاتی ہیں۔ لیکن تازہ مشاہدات نے اس امر کو مشتبہ کر دیا ہے (24)۔ (۵) سالہا سال کے عرصہ میں پھیپھڑوں کی لچکدار بافت بتدریج

بوسیدہ ہوجاتی ہے، اور معمر اشخاص کا **خرد ششی نفاخ** (small-lunged emphysema) پیدا کر دیتی ہے۔ (۶) جب شش کا کوئی حصہ بوجہ مرض سکڑ جاتا یا التہابی حاصلات یا نومایہ سے درریختہ (infiltrated) ہوجاتا ہے، تو وہ دوران شہیق میں پھیل نہیں سکتا۔ ایسی صورت میں قرب و جوار کے جوفیزوں کا پھیلاؤ زیادہ ہوجانا چاہیے تاکہ خالی جگہ پر ہوجائے۔ اسے **تعویضی نفاخ** (compensatory emphysema) کہتے ہیں۔ مذکورہ بالا مختلف ذرائع کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ نفاخ میں ہم پہلو جوفیزوں کے درمیانی فاصلات مذبول (atrophied) ہوجاتے ہیں۔ جلد ہی فاصل کے آرپار ایک انثقاب قایم ہوجاتا ہے۔ پھر پورا فاصل تلف ہوکر دونوں جوفیزے ایک بن جاتے ہیں۔ اس عمل میں نہ صرف لچکدار بافت، بلکہ ریوی عروق شعریہ کا وہ پورا جال بھی جو فاصل میں موجود ہوتا ہے، غائب ہوجاتا ہے۔ اگر یہ عمل پھیپھڑوں کے طول و عرض میں وسیع طور پر مکرر ہوتا رہے تو اول تو یہ ہوتا ہے کہ ہوائی فضائیں بہت بڑی ہوجاتی ہیں، اور بہت سے مقامات پر ششی بافت کے بڑے بڑے چھالے بن جاتے ہیں جن میں صرف ہوا موجود ہوتی ہے۔ دوم، شش کی وہ لچک جو زفیر (expiration) کے لئے ضروری ہے، معمول کی نسبت بہت کم ہوجاتی ہے۔ سوم، وہ عروقی رقبہ جو خون کے تہویہ کے لئے کارآمد ہوتا ہے بہت گھٹ جاتا ہے۔ اور چہارم، بیشتر اصابتوں میں پھیپھڑے بجائے خود بہت بڑے ہوجاتے ہیں۔

لچک کے جاتے رہنے کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ زفیر زیادہ مشکل ہوجاتا ہے۔ پھیپھڑوں کی جسامت کی زیادتی کے علاوہ، سینہ چوڑائی اور گہرائی میں بڑا ہوجاتا ہے اور وہی شکل اور وضع مستقلاً اختیار کر لیتا ہے جو کامل شہیق (inspiration) کیلئے مخصوص ہے۔ سینہ کی حرکت پذیری (mobility) بہت کم ہوجاتی ہے، کیونکہ اس کی وسعت (range) کامل شہیق اور کامل زفیر کے درمیان ہونے کے بجائے محض شہیق کے مختلف درجات کے درمیان ہوتی رہتی ہے۔ گیسوں کا باہمی تبادلہ کم کامل طور پر ہوتا ہے۔ یہ اس امر سے ظاہر ہوتا ہے کہ شریانی خون میں CO_2 کے دباؤ کے لئے جو قیمتیں پائی جاتی ہیں، وہ معمول کی نسبت بہت زیادہ ہوتی ہیں۔

درحقیقت CO_2 کی ترشہ دمویت (acidæmia) موجود ہوتی ہے، جو شدید بُہر پیدا
کر دیتی ہے۔ شریانی خون کی آکسیجن سے سیر شدگی بھی ممکن ہے معمول کی نسبت
کم ہو (7)۔ عام طور پر قلوی محفوظہ میں زیادتی ہو جاتی ہے جو کہ کاربن ڈائی آکسائیڈ
کے احتباس کی تلافی کر دیتی ہے۔

ایک اور اہم امر پھیپھڑوں میں شعری رقبہ کا ضائع ہو جانا
ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ریوی دوران خون میں ایک تسدد پیدا ہو جاتا
ہے۔ شریان ریوی اور دائیں بُطین میں تناؤ بڑھ جاتا ہے، دایاں بُطین
بیش پرورده (hypertrophied) ہو جاتا ہے، اور بالآخر قلب کے دائیں جانب کا
اتساع (dilatation) ہو جاتا ہے لہذا وریدی نظام محتقن (engorged) ہو جانے
سے جگر کی کلانی اور امتلاء، پاؤں ٹانگوں اور دھڑ کا تہبج اور البیومن بولیت
پیدا ہو جاتی ہے۔ معمر اشخاص میں قلب کا چپ جانبی (left-sided) اتساع اور
ساتھ ہی عضلۂ قلب کا انحطاط (myocardial degeneration) بھی ہوتا ہے۔

مرضی تشریح۔ وہ پھیپھڑا جو کلاں ششی نفاخ (large-lunged emphysema) سے ماؤف ہو امتحان بعد الموت کے وقت سینہ کھولنے پر
پچکتا نہیں، بلکہ روزن کے اندر سے باہر ابھر آتا ہے۔ ایسا پھیپھڑا نرم اور بے
لچک ہوتا ہے، اور انگلی سے دبانے پر دب جاتا ہے ("تنقیر" = "pitting")۔
اُس کے مختلف حصوں میں، اور خاص کر اس کی اندر کی اور نیچے کی کوروں میں
مٹر یا سپاری کے برابر بڑے چھالے نظر آ سکتے ہیں، اور یہ ششش غیر معمولی
طور پر پھیکے رنگ کا اور خون سے معرا اور دھبے دار (mottled) رمادی رنگ
کا ہوتا ہے۔ تراشنے پر بڑے چھالے پچک جاتے ہیں۔ اور سارا عضو معمول کی
نسبت زیادہ خشک نظر آتا ہے، باستثناء بعض حصوں کے، جیسے کہ قاعدے،
جہاں ممکن ہے کہ پیچیدگی پیدا کرنے والے (complicating) شعبی التہاب
یا اُذیما رہ چکے ہوں۔

147

ایک دوسری قسم (خرد ششی نفاخ = small-lunged emphysema)
معمر اشخاص میں ایک شیخوخی (senile) ذبولی تغیر کے طور پر واقع ہوتی ہے،

اِس میں شُشش بڑا نہیں ہوتا، اور چھالوں کی تعداد زیادہ نہیں ہوتی۔ فاصلات مذبول ہو جاتے ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جو فیزے باہم متحد ہو جاتے ہیں اور شُشش سکڑا ہوا، بے لچک، خشک، اور پھیکے رنگ کا ہو جاتا ہے، اور معمول کے نسبت کم کامل اسفنجی ساخت پیش کرتا ہے۔

پھیپھڑوں کے بعض حصوں، بالخصوص راسین، اگلے حاشیوں اور زیرین کوروں میں نفاخ کا نسبتہً زیادہ نمویاب ہونا جینر (Jenner) کی رائے کے مطابق حسب ذیل توجیہہ رکھتا ہے:— جب ہوا سینہ میں زیادہ دباؤ کے تحت محبوس رہتی ہے جیسا کہ کھانستے وقت یا کوئی بڑی عضلی مشقت کرتے وقت، تو اندر سے ہوا کے دباؤ کے باعث سینہ کے وہی حصے باہر ابھر آئیں گے جنھیں گرد و پیش کی بافتوں کا سہارا سب سے کم حاصل ہے۔

علامات اور طبیعی اِمارات۔ نفاخ کے علامات ابتداءً صرف سانس کا پھول جانا ہے۔ کھانسی اور نفث جو عموماً موجود رہتے ہیں، ساتھ موجود رہنے والے شعبی التہاب کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ بُہر (dyspnœa) ابتدائی درجوں میں بالخصوص مشقت کرنے یا زور لگانے (exertion) پر دیکھا جاتا ہے، جب کہ سانس تیز ہو جاتی ہے اور مریض ہانپنے لگتا ہے۔ ازاں بعد بُہر ہمیشہ موجود ہو سکتا ہے، اور رات کے وقت انتصابی تنفس (orthopnœa) پیدا کر دیتا ہے۔ بُہر کی بدترین شکلوں میں تنفس کے غیر معمولی عضلات ہمیشہ کام کرتے رہتے ہیں، ترقوی ہڈیاں اوپر اٹھی ہوتی ہیں، اور قصی حلمی عضلات (sterno-mastoids) اور مختلف الاضلاع عضلات (scaleni) ہر شہیق کے ساتھ کھڑے ہو کر جزری ہوا (tidal air) کو زیادہ کرنے کی کوشش کرتے ہیں۔ زفیر (expiration) لمبا، با مشقت (laboured)، اور عضلاتِ شکم کی انتہائی مدد سے ہوتا ہے۔ طبیعی امارات ممیز ہوتے ہیں۔ سینہ چوڑا، سامنے سے پیچھے کے رخ میں گہرا، لیکن کوتاہ (short) ہوتا ہے۔ اس کی کلانی کی وجہ سے، اور اسی وجہ سے کہ پیش پس قطر کی زیادتی آسے عرضاً بیضوی کے نسبت زیادہ تر مدور شکل کا بنا دیتی ہے، سینہ اکثر پیپے کی شکل کا (barrel-shaped) کہلاتا ہے۔ شانے اوپر اٹھے ہوئے ہوتے ہیں۔ معمول کی نسبت بالائی پسلیاں ایک

دوسرے سے زیادہ قریب تر' اور زیریں پسلیاں ایک دوسرے سے زیادہ دُور ہوتی ہیں۔ اور شراسیفی زاویہ نہایت مُنفرج (obtuse) ہوتا ہے' اور اس کا ناپ ۱۰۵ درجہ یا زائد ہوتا ہے۔ پسلیوں کا ارتفاع' بھٹنی اور صدم القلب (heart's impulse) کے اضافی مقامات کو بدل دیتا ہے۔ بھٹنی اکثر پانچویں پسلی پر' اور صدم القلب چھٹی فضاء میں پایا جاتا ہے۔ سینہ کے جو حصے معمولاً گمکی ہوتے ہیں اُن پر قرع کرنے سے غیر معمولی طور پر زیادہ گمک حاصل ہوتی ہے' اور جو رقبے معمولاً اصم (dull) ہوتے ہیں اُن پر گمک کی توسیع ہو جاتی ہے۔ اس طرح کبدی اور قلبی اصمیت میں مداخلت ہو جاتی ہے' اور دایاں شش نیچے کی طرف چھٹی فضاء یا ساتویں پسلی تک گمکی ہوتا ہے' اور قلب کی اوپری اصمیت (superficial heart dulness) اکثر بالکل غائب ہو جاتی ہے۔ استماع کرنے پر اصوات تنفس بہت کچھ گھٹے ہوئے ہوتے یا بمشکل سنائی دیتے ہیں' لیکن ممکن ہے کہ جب ہمزماں شعبی تشنج ہو تو زفیری خریر (expiratory murmur) بہت لمبا ہو جائے' اور خرخرات (rhonchi) بھی سنائی دے سکتے ہیں۔

پھیپھڑوں کی کلانی' دوسرے اعضاء سے متعلق اِمارات کو بھی متاثر کر دیتی ہے۔ چونکہ شش کا معمول کی نسبت ایک زیادہ بڑا حصہ قلب اور دیوار سینہ کے درمیان واقع ہوتا ہے' ممکن ہے کہ صدم القلب پانچویں فضاء میں غیر محسوس ہو' اصوات قلب دھیمے (faint) ہوتے ہیں' اور ممکن ہے کہ اتساع (dilatation) یا بیش پروردگی (hypertrophy) پوشیدہ ہو جائے۔

خَردششی نفاخ میں سینہ اپنے خاکے میں زیادہ مدوّر ہوتا ہے لیکن بڑھا ہوا نہیں ہوتا۔ پھیپھڑے قلب کو نہیں ڈھانکتے' اور قلب بیش پرور دہ نہیں بلکہ مذبول ہوتا ہے۔ قرعی سُر (percussion note) بیش گمکی ہوتا ہے' اور ہشیقی خریر کمزور ہوتا ہے' لیکن زفیر لمبا نہیں ہوتا۔

دونوں قسموں میں شعبی التہاب کے خرخرات (rhonchi) اکثر موجود ہوتے ہیں۔ انتہائی اصابتوں میں اذیما کی وجہ سے پھیپھڑوں کے قاعدوں پر لغطات (râles) ہوتے ہیں' اور ساتھ ہی گھٹی ہوئی گمک پائی جاتی ہے۔

پیچیدگیاں ۔ مزمن شعبی التہاب اکثر اوقات موجود ہوتا ہے، خواہ اس کے ساتھ تمدد الشعب ہو یا نہ ہو ۔ معمر اشخاص میں عموماً عضلۂ قلب کا انحطاط (myocardial degeneration) اور اس کے علاوہ قلب کی بائیں جانب نیز دائیں جانب کی بیش پرورش اور اتساع موجود ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ عام اُذیما بھی ہو ۔ اکثر شریانی انحطاط (arterial degeneration) موجود ہوتا ہے جسکے ہمراہ شیخوخی شریانی تصلبی گردے (senile arteriosclerotic kidneys) پائے جاتے ہیں ۔ اس قسم کی حالت پر صفحہ 255 پر زیادہ تفصیل کے ساتھ غور کیا گیا ہے ۔

تشخیص ۔ نفاخ کی شناخت کا انحصار گمک کی متغیر نوعیت پر ہوتا ہے اور بالخصوص گمک کی اُس توسیع پر جو بیش قلبی رقبہ (præcordial area) پر اور نیچے کی طرف جگر پر ہو جاتی ہے ۔ خرد شُشی قسم میں گمک کی متغیر نوعیت اور بہر خاص مظاہر ہوتے ہیں ۔ رانجنی شعاعیں یہ ظاہر کرتی ہیں کہ تندرستی کی حالت کی بہ نسبت پھیپھڑوں پر ایک زیادہ وسیع اور زیادہ روشن رقبہ اور ڈایفرام کا محلِ وقوع نسبتہً نیچے اور اس کے حرکات نسبتہً وسیع ہیں ۔ 148

انذار ۔ حقیقی صحت یابی نہیں واقع ہوتی، صرف علامات میں تخفیف ہو جاتی ہے ۔ زندگی کی مدت کا انحصار تغیر کی وسعت، شعبی التہاب کے امکان اور عضلۂ قلب کی حالت پر ہوتا ہے ۔ بیشتر اصابتوں میں آخری نتیجہ کئی سال کی مدت کے بعد رونما ہوتا ہے ۔

علاج ۔ اس کا منشاء یہ ہونا چاہئے کہ مریض کی عام صحت کی اصلاح کیجائے شعبی التہاب کی پیچیدگیوں کے تمام خطرات سے احتراز کیا جائے، اور جب یہ واقع ہو جائیں تو اُن میں تخفیف کی جائے ۔ چنانچہ لازم ہے کہ مریض کو مغذی اور ہضم پذیر غذا دی جائے، اُس کے ملبوسات مناسب ہوں، وہ گرم عمدہ ترویج دار کمروں میں رہے اور مشرقی ہواؤں اور شبانہ ہوا سے پرہیز کرے ۔ مقویات جیسے کہ کاڈ لیور آئیل (روغنِ جگرِ ماہی)، لوہا، اِسٹرکنیا (strychnia)، اور کونین (quinine) استعمال کئے جاتے ہیں ۔ ضائع شدہ لچکدار بافت کے نقصان کی تلافی کی کوششیں کی گئی ہیں ۔ مثلاً گرہارٹ (Gerhardt) مشورہ دیتا ہے کہ سینہ کا میکانی پچکاؤ عمل میں

لاکر زفیر (expiration) میں امداد پہنچائی جائے۔ اِسے ایک دوسرا شخص سینہ کے زیریں حصہ پر اپنے ہاتھ روزانہ پانچ یا دس منٹ تک رکھ کر انجام دیتا ہے۔ ساتھ موجود رہنے والے شعبی التہاب کا علاج کرنا چاہئیے۔ دبائی ہوئی ہوا (compressed air) کے ذریعہ علاج' جیساکہ برآمٹن کے شفاخانہ میں فولادی کوشک (steel chamber) میں کیا جاتا ہے' تنفس میں اندر لی ہوئی آکسیجن کے ارتکاز (concentration) کی زیادتی پر منحصر ہوتا ہے' اور یہ نفاخ میں مفید پایا گیا ہے خاص کر اُس وقت جب کہ التہاب شعبی موجود ہو۔ ایک آکسیجن کا خیمہ بھی استعمال کیا جا سکتا ہے۔

شُشوں کا ہبُوط

(COLLAPSE OF THE LUNGS)

(عدم تمدد الریہ· Atelectasis Pulmonum)

اُن پھیپھڑوں میں جو کبھی کامل طور پر نہ پھیلے ہوں (عدم تمدد=atelectasis)' اور اُن پھیپھڑوں میں جو پھیلنے کے بعد جزوی طور پر پھر جنینی حالت میں آ گئے ہوں (ہبوط) اکثر تفریق کی جاتی ہے۔ عدم تمدد (atelectasis) پیدائشی ہوتا ہے' اور نہایت کمزور بچوں میں دیکھا جاتا ہے' جن کے تنفسی حرکات ہوا کی ضروری مقدار کو اندر کھینچنے کے لئے ناکافی ہوتے ہیں۔ وہ اِس وجہ سے اور بھی زیادہ آسانی کے ساتھ واقع ہوجاتا ہے کہ پیدائش کے وقت پھیپھڑے جسم سے خارج ہونے پر تقریباً اُسی جسامت کے پائے جاتے ہیں جو کہفہ صدر کی ہوتی ہے' اور اُس وجہ سے اُن میں ہوا کے جبری اُدخال کے لئے' ویسی امتصاصی طاقت (suction power) موجود نہیں ہوتی' جیسی کہ مابعد زندگی میں ہوتی ہے' جب کہ پھیپھڑے کہفہ صدر کی نسبت چھوٹے ہوتے ہیں۔ **ھبوط** (collapse) ایک اکتسابی حالت ہے' جو پھیپھڑوں میں ہوا کا داخلہ نہ ہونے سے پیدا ہو جاتی ہے' اور یہ امور ذیل کا نتیجہ ہوتی ہے:— (۱) ہوائی راستوں سے ہوا کے داخلہ میں تسدد واقع ہونا' (۲) شُشش کا باہر سے دب جانا۔

یہ ڈایافرام کے شلل کا نتیجہ نہیں ہوتی، کیونکہ یہ ڈایافرامی عصب کے قلع کے بعد کبھی پیدا نہیں ہوتی۔

(۱) تسلد اس طرح پیدا ہوسکتا ہے:۔ لوزتین کی مزمن کلانی، اور انفی بلعوم (naso-pharynx) میں غدودہ کی بالیدگی سے، اور نسبتہً بہت زیادہ اکثر شعبی التہاب کے لزج، مخاطی، یا ریمی افراز سے، بالخصوص بچوں میں اور شعبی ذات الریۃ کے ایک جزو کے طور پر، اور زیادہ معمر اشخاص میں شعبہ کے اس تضییق سے جو نومایہ (neoplasm) کے باعث، یا انورسما سے، یا پہلے بیان کئے ہوئے دوسرے اسباب میں سے کسی سبب کی وجہ سے واقع ہو جائے۔

(۲) انضغاط (compression) کے اسباب متعدد ہیں:۔ خود سینہ کے اندر وہ بیشتر اوقات پلیورائی انصباب کے باعث ہوتا ہے، لیکن کلانئ قلب، گردقلبی انصباب، واسطی سلعات، اورطی کے انورسماؤں اور ریڑھ کے زاویئی انحنا (angular curvature) (تسمی التوا =kypho-scoliosis) کی وجہ سے بھی ہوسکتا ہے۔ شکم میں، جگر کی بالائی سطح سے بڑھنے والے سلعات، بالخصوص کیسیات (hydatids)، خراج اور نومایہ، تحت ڈائفرامی خراجات، طحال کے کیسیے، استسقائی زقی سیال، اور بیضی سلعات کے دباؤ کے باعث ہوسکتا ہے۔

(۳) سینہ کے اور بعض اوقات جسم کے دوسرے حصوں کے زخموں میں ایک پورے شش کا کلی ہبوط (massive collapse) واقع ہوسکتا ہے۔ اس کی شرط نہیں کہ زخم کہفہٗ سینہ کے اندر چھید کرے، اور زخم سے مقابل جانب کا شش ماؤف ہوسکتا ہے۔ اس حالت کے ساتھ ممکن ہے صدر دمویت (hæmothorax) موجود ہو یا نہ ہو۔ کلی ہبوط کا حادثہ شکمی حالتوں کے عملیہ کے بعد واقع ہونا شاذ نہیں۔ اب اس کی وجہ یہ خیال کی جاتی ہے کہ زیادہ تر نبقہ ریویہ قسم چہارم کے ذریعہ پیدا شدہ التہابی حاصلات شعبی انبوبات کو مسدود کر دیتے ہیں (49)۔ اور اسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ہوا حویصلوں میں سے جذب ہو جاتی ہے، اور ہبوط رونما ہوتا ہے۔

149

مرضی تشریح۔ ایک ہبوطی حالت یا عدم تمدد (atelectasis) والا شش

بنفشی یا سیاہ ارغوانی رمادی رنگ کا ہوتا ہے، اور تراشنے پر وہ لوچدار' بے ہوا
اور خشک ہوتا ہے۔ منفصل چکتیاں عام سطح سے قدرے نیچے بیٹھی ہوئی نظر آتی
ہیں۔ تاوقتیکہ بعد میں ان میں التہاب رونما نہ ہوگیا ہو اسے زور سے منتفخ کرنے پر
یہ پھر پھیلائی جا سکتی ہیں۔

علامات۔ پیدائشی عدم تمدد (congenital atelectasis) میں بچہ
کمزور اور کم و بیش کبود ہوتا ہے، اور اس کی سانس تیز اور اُتھلی اور رونا کمزوری
کے ساتھ ہوتا ہے۔ ہر شہیق کے ساتھ سینہ کا زیریں حصہ اندر کھنچ جاتا ہے، اور
بین الاضلاع فضائیں اندر دب جاتی ہیں۔ امتحان کرنے پر ممکن ہے کہ قاعدوں
پر گمک کی تھوڑی کمی اور کبھی کبھی کچھ لغطات (râles) ظاہر ہوں، لیکن خاص طبیعی
امارت اصوات تنفس کی کمزوری (feebleness) ہے۔ شعبی التہاب کا ہبوط شاذ ہی
اتنا کافی وسیع ہوتا ہے کہ استماع سے ظاہر ہو جائے، اور اس کی توزیع لختکی
اور منتشر ہوتی ہے۔

جب ہبوط زیادہ وسیع اور یکسانیت کے ساتھ ہوتا ہے تو طبیعی امارات
سے اس کے مختلف درجات شناخت کئے جا سکتے ہیں۔ ششش کے عارضی عدم
استعمال سے جو ابتدائی ذات الجنب کی وجہ سے ہو، یا طویل ظہری افتادگی
(dorsal decubitus) سے ہر دو قاعدوں پر ایک نہایت خفیف درجہ کا ہبوط پیدا
ہو سکتا ہے۔ ششش کے ماؤف رقبہ پر استماع کرنے سے صوتِ تنفس نہایت
کمزور ہوتی ہے۔ اگر مریض گہری سانس لیتا ہے تو زیادہ بلند حویصلی خریر
(vesicular murmur) اور اس کے اختتام پر باریک تکتکات (fine
crepitations) ہوتے ہیں جو ان ہوائی حویصلات کے تازہ پھیلنے کی وجہ سے ہوتے ہیں جو ہنوز مہبوط تھے۔

شعبی تسدد کے باعث واقع ہونے والے ہبوط کے طبیعی امارات ابھی بیان
ہو چکے ہیں۔ سیال وغیرہ سے دباؤ ہونے کی حالت میں ابتدائی امارات یہ ہو سکتے ہیں:۔ اصمیت
(dulness) گھٹا ہوا لمسی ارتعاش، اور یا تو گھٹے ہوئے یا خفیف طور پر شعبی اصوات تنفس۔
کامل ہبوط کی حالت میں طبیعی امارات حسب ذیل ہوتے ہیں:۔ کامل اصمیت (absolute
dulness)، اصوات تنفس اور لمسی ارتعاش کی عدم موجودگی۔

اُس کُلّی ہبوط (massive collapse) کی حالت میں جو زخموں کے باعث دیوارِ سینہ کی بازکشیدگی (retraction) کے ہمراہ پایا جائے، اصمیت موجود ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ اصواتِ تنفس کم اور لمسی ارتعاشِ غیر موجود ہو، لیکن ترقی یافتہ اصابتوں میں ممکن ہے کہ بجائے اس کے بلند شعبی تنفسی اور بڑھا ہوا لمسی ارتعاش موجود ہو۔ دیوارِ سینہ بازکشیدہ، بین الاضلاع فضائیں اندر دبی ہوئی (depressed)، ڈائفرام اوپر اٹھا ہوا اور غیر متحرک، اور قلب ماؤف جانب کی طرف کھنچا ہوا ہوتا ہے۔ جب ماؤف جانب پر صدر دمویت (hæmothorax) موجود ہوتی ہے، تو اگرچہ کہ دیوارِ سینہ بازکشیدہ ہوتی ہے، ممکن ہے کہ قلب تندرست جانب کی طرف کھنچا ہوا ہو۔ یہ واقعہ زور کے ساتھ اس امر کی تائید کرتا ہے کہ اولی سبب دیوارِ سینہ کا شلل ہے، کیونکہ آخرالذکر اصابت میں یہ قائم رہتا ہے گو اُسی جانب پر سینہ کے اندر کا دباؤ صدر دمویت کی وجہ سے بڑھ گیا ہو۔ جراحی اعمال کے بعد کلی ہبوط اُس سے زیادہ عام ہے جتنا کہ عموماً سمجھا جاتا ہے۔ غالباً طبیعی امارات کی وجہ سے یہ اصابتیں اکثر ذات الریہ کے طور پر تشخیص ہو جاتی ہیں۔

علامات یہ ہیں:— بہر، لیکن جب مریض آرام کی حالت میں ہو تو یہ خفیف ہوتا ہے، زراق، اور بعض اوقات درد۔

علاج۔ آکسیجن، معہ کاربن ڈائی آکسائیڈ کے یا اس کے بغیر، جو بہیج تنفس کے طور پر استعمال کی جاتی ہے کلی ہبوط کے لئے صحیح علاج ہے، اور نوزائیدہ کے عدمِ تمدد میں اس سے عمدہ نتائج حاصل ہوتے ہیں، گو کہ ساتھ ہی مصنوعی تنفس کا کوئی نہ کوئی طریقہ بھی ضروری ہوتا ہے (49)۔ ایلیئٹ اور ڈنگلے نے سفارش کی ہے کہ منفث ادویہ (expectorant medicines) پوٹاسیئم آیوڈائڈ کے ہمراہ دینی چاہئیں، نیز یہ کہ حتی الامکان تمام شکمی بندشوں (abdominal bandages) کو ڈھیلا کر دینا چاہیے، اور یہ کہ مریض کو ہر گھنٹہ میں پانچ منٹ کے لئے کامل شہیقی مساعی (full inspiratory efforts) جو بالخصوص شکمی طرز کی ہوں عمل میں لانے کی ترغیب دینی چاہیے۔ شعبی تسدد کو شعبہ بینی کے ذریعہ دور کیا جا سکتا ہے۔

اُذیمائے شُش

(OEDEMA OF THE LUNGS)

بحث اسباب۔ امتحانات بعد الموت کی غالب تعداد میں پھیپھڑوں کا اُذیما کسی نہ کسی حد تک پایا جاتا ہے، بالخصوص جہاں مریض مرنے سے پہلے کچھ عرصہ تک بستر پر لیٹا رہا ہو۔ اسی وجہ سے وہ شُشوں کے قاعدہ پر اور پچھلے کناروں پر نہایت نمایاں ہوتا ہے (رکودی اذیما=hypostatic oedema)۔ علاوہ ازیں وہ بعض امراض سے بالخصوص پیدا ہوجانے کا رجحان رکھتا ہے، جو یہ ہیں:— عضلۂ قلب کا مرض (myocardial disease)۔ قلب کا مصراعی مرض (valvular disease) اور خاص کر اَوَرطی بازروی (aortic regurgitation) جس میں وہ حاد طور پر اس طرح پیدا ہوسکتا ہے کہ بائیں بُطین کا بسرعت فشل ہوجاتا ہے لیکن دایاں بُطین پھیپھڑوں کے اندر خون پمپ کرتا رہتا ہے۔ آب دموی التہاب گردہ (hydræmic nephritis)۔ حاد ذات الریوی اعمال کے ساتھ عموماً ایک التہابی اُذیما واقع ہوتا ہے۔ اغتصاصی (suffocative) زہریلی گیسیں پھیپھڑوں کا اُذیما پیدا کردیتی ہیں۔

مرضی تشریح۔ اُذیما سے ماؤف شدہ شُش حجم دار (bulky)، اور بھاری ہوتا ہے، اور جب اس میں شگاف دیا جائے تو اس میں سے کسی قدر خون کے رنگ کے جھاگ دار مصل سیال کا ارتشاح بڑی مقدار میں ہوتا ہے۔

علامات۔ ممکن ہے کہ سینہ ابتداءً گُملی ہو، لیکن بعد میں وہ نیچے قاعدوں کے مقام پر قرعی آواز کی کسیقدر تخفیف (impairment) ظاہر کرتا ہے۔ یہاں اصوات تنفس کمی کے ساتھ (deficient) ہوتے ہیں، اور صرف باریک اور اوسط درجہ کے وافر لغطات سنائی دیتے ہیں۔ حاد قسم (حاد اغتصاصی اُذیما = acute saffocative oedema) میں مریض پر یکایک زفیری بُہر اور انتصابی تنفس یا کھڑکھڑاہٹ دار تنفس طاری ہوجاتا ہے جو کہ ممکن ہے ایک محافظ میکانیہ ہو۔ شہیقات (inspirations) حتی الوسع بہت ہی چھوٹے ہوجاتے ہیں کیونکہ دباؤ کے

150

کم ہو جانے سے اذیما کی تکوین کو مدد ملتی ہے ۔ اس کے خلاف منقبض شدہ شعیبات کی مزاحمت کے خلاف اطالت پذیر زفیرات کا وقوع (ربوی تنفس = asthmatic breathing) ششوں میں دباؤں کو بڑھاتا ہے ۔ چنانچہ اس اصول سے علاج میں فائدہ اٹھایا جاتا ہے ۔ دیگر علامات یہ ہیں بے چینی دم گھٹنے کا احساس کم و بیش زراق، چھوٹی اور سریع نبض اور بے رنگ یا خون آلود جھاگدار آبی سیال کی بہت بڑی مقدار کا نفث۔ ممکن ہے کہ یہ حالت جلد ہلاکت پیدا کر دے یا چند گھنٹوں میں رفع ہو جائے ۔ لیکن ممکن ہے کہ چند روز گزر جانے تک کوئی نفث نہ ہو اور فی الحقیقۃ بعض سریع مہلک اصابتوں میں تو نفث بالکل نہیں ہوتا ۔ ذات الریہ کے آخری اذیما میں تو اس سارے شش پر جواب تک تندرست تھا لغطات (râles) سنائی دیتے ہیں ۔ حال میں تجربی شہادت سے یہ معلوم ہوا ہے کہ معمر اشخاص میں جورات کے وقت سانس پھولنے کے حملے یا دوری بہرہ واقع ہوتا ہے (حوالہ ملاحظہ ہو) بعض اوقات اس کی وجہ حاد ریوی اذیما ہوتا ہے (49)۔

تشخیص ۔ ایسے شخص میں جو اپنا معمولی پیشہ انجام دے رہا ہو یکایک طاری ہو جانے والے حاد ریوی اذیما کو اکلیلی علقیت (coronary thrombosis) سے متفرق کرنا چاہیئے، کہ جس میں درد شدت سے ہوتا ہے ۔ اس کو ریوی سداویت (pulmonary embolism) سے بھی متفرق کرنا چاہیئے، جس میں نفث بعد میں ہوتا ہے اور نفث میں زیادہ خون پایا جاتا ہے ۔

علاج ۔ اگر مریض دورانی اصل رکھتا ہو تو پلیش (Plesch) کے بتائے ہوئے آلہ سے کام لینا چاہیئے ۔ اصول یہ ہے کہ ششوں کے اندر کی طرف ایک ایسا مثبت دباؤ ڈالا جائے کہ دائیں بطین کی بیش فعالیت رک جائے ۔ ہوا ایک موٹر پنکھے کے ذریعہ ایک چست بیٹھنے والے نقاب میں پہنچائی جاتی ہے اور یہ ایک مزاحمت میں سے ہو کر بیرونی ہوا کی طرف نکل جاتی ہے (49)۔ مصنف ہذا اب ایک الیکٹرولکس (electrolux) منفاخ استعمال کرتا ہے، جس میں نقاب کے قریب چپکا ہوا ایک آبی داب پیما (water manometer) ہوتا ہے جو کہ دباؤ ظاہر کرتا ہے اور یہ دباؤ پانی کی تین یا چار انچیں ہونا چاہیئے ۔ آکسیجن کے خیمہ سے بھی

نہایت مجربکر نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ نہایت ہی حاد اصابتوں میں فصد (venesection) آزمانی چاہئے۔

ذات الریہ

(PNEUMONIA)

شعبی انبوبات کے التہاب کے برعکس، جرم شش کے التہاب کو ذات الریہ کہتے ہیں۔ جب یہ ایک حاد مرض کی شکل میں ہو تو یہ ہوائی حویصلات کے اندر التہابی حاصلات کا ارتشاح (exudation) پیدا کر کے تجمد (consolidation) پیدا کر دیتا ہے، اور یہ التہابی حاصلات دوران شفایابی میں عموماً جذب ہو جاتے ہیں۔ جب یہ مزمن شکل میں ہو تو یہ رئتی بافت کو ایک کثیف لیفی بافت میں بدل دیتا ہے، اور یہ تبدیلی شکل مستقل ہوتی ہے۔ حاد ذات الریہ کی دو تمثیلی قسمیں خصائص ذیل کے ذریعہ سے ایک دوسرے سے تمیز کی جا سکتی ہیں:— لختی ذات الریہ (lobar pneumonia) ہر عمر میں ہوتا ہے لیکن بالغوں میں زیادہ اکثر ہوتا ہے، یہ شش کے بڑے حصوں کو ایک ہی وقت میں ماؤف کرتا ہے، اور ایک نوعی بیماری مرض کے تمام خصائص رکھتا ہے، چنانچہ اس کی مدت محدود، شفایابی سریع، اور بعض اوقات پھیلاؤ وبائی صورت میں ہوتا ہے۔ شعبی ذات الریہ (broncho-pneumonia) خاص کر شیر خواروں، بچوں اور بوڑھوں کو متاثر کرتا ہے، شش کے متعدد چھوٹے چھوٹے رقبوں پر حملہ آور ہوتا ہے، اور اس کا ممر اور طریقہائے آغاز و اختتام نسبتاً بہت کم متعین ہوتے ہیں۔

تجربتاً، خرگوشوں (rabbits) میں ایک بڑے شعبہ کے اندر مختلف قشبیت کے (قسم اول اور قسم چہارم کے) نبتات ریویہ کی کاشتوں کا نفوخ (insufflation) کرنے سے ذات الریہ کا مرض پیدا کر لیا گیا ہے۔ جب قشبیت کم ہوتی ہے تو نبقات ریویہ ایسے جوفیزی نظامات (alveolar systems) میں محصور ہو جاتے یا کھنچ آتے ہیں جو بڑے شعبات کی دیواروں میں سے براہ راست

باہر نکلتے ہیں، اور شعبی ذات الریہ اور اس کے ساتھ جوفیزی درون حلمی خلیوں کا تکاثر (proliferation) پیدا ہو جاتا ہے۔ جب تشبیت زیادہ ہو تو یہ نبقات بہ سرعت زیادہ ہو کر شش کی بافت کے اندر پھیل جاتے، اور لختکی ذات الریہ (lobular pneumonia) پیدا کر دیتے ہیں، اور اگر تشبیت اور زیادہ ہو تو لختی ذات الریہ (lobar pneumonia) پیدا کر دیتے ہیں، جس کے ساتھ ایک کثیر الاشکال نواتی تعامل (polymorphonuclear reaction) اور بعض اوقات ایک مہلک التہاب عروق لمفائیہ (lymphangitis) رونما ہوتا ہے۔ اگر معتاد حد سے زیادہ بڑی ہو تو ممکن ہے کہ نبقات پلیورائی سطح میں سے آر پار گذر کر پھیل جائیں اور ذات الجنب بالانصباب (pleurisy with effusion) اور التہاب تامور (pericarditis) پیدا کر دیں۔ شدید ترین تشبیت ہو تو ایک سریع مہلک عفونۃ الدموی (septicæmic) حملہ واقع ہو جاتا ہے جب کہ پھیپھڑے صرف ایک چلتی وار مصلی ارتشاح اور متقشر (desquamating) جوفیزی خلیات اور چھوٹے چھوٹے نزفات، بلا کسی کثیر الاشکال نواتی تعامل کے ظاہر کرتے ہیں، اور یہ مناظر ویسے ہی ہوتے ہیں جو مدارس میں نہایت مہلک وباؤں میں مشاہدے میں آتے ہیں۔ ابتدائی دو یا تین دنوں میں اکثر مثبت دموی کاشتیں (positive blood cultures) حاصل ہوتی ہیں، لیکن بعد میں نہیں ہوتیں۔ اور یہ پایا گیا ہے کہ نبقات سپید جسیمات کے اندر ہوتے ہیں، اور صرف مہلک عفونۃ الدم کی حالتوں میں آزاد ہوتے ہیں۔ اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ کسی نوعی بخار، مثلاً دماغی نخاعی بخار (cerebrospinal fever) یا تپ محرقہ کی ابتدا میں مثبت دموی کاشت کا موجود ہونا یہ ثابت نہیں کرتا کہ وہ سرایت اولی طور پر خون زاد (blood born) ہے۔ اس سے صرف یہی مراد ہو سکتی ہے کہ اس ابتدائی زمانہ میں جبکہ جراثیم ایک خاص مرکز مرض (focus) میں بہ سرعت تکاثر کر رہے ہیں، خلیات آکلہ آزاد ہو کر جو خون کے اندر نکل آئے ہیں اور انتقالی مراکز (metastatic foci) جیسے کہ "گلابی دھبوں" ("rose-spots") کے متعلق صرف یہ ہے کہ یہ وہ مقامات ہیں جہاں یہ دورانی خلیات آکلہ (circulating phagocytes) گرفتار

ہو کر روک لئے گئے ہیں (9)۔ ان مشاہدات سے ظاہر ہوتا ہے کہ ہر قسم کا ذات الریہ اُس سرایت کا نتیجہ ہے جو ہوائی راستوں میں سے واقع ہوتی ہے اور یہ اب عام طور پر تسلیم کر لیا جاتا ہے۔ اس امر کی شہادت پیش کی گئی ہے کہ اولی مزر بڑے شعبوں کے مخاطی ڈاٹوں سے مسدود ہو جانے کا نتیجہ ہوتا ہے، اور چونکہ یہ ڈاٹیں نبقۂ ریویہ کی صورت میں اس سے زیادہ لزج ہوتی ہیں کہ جتنی نبقہ شعبیہ کی صورت میں، لہٰذا آخر الذکر سے شعبی ذات الریہ پیدا ہوتا ہے۔ لختی ذات الریہ میں لاشعاعی سایے (صحفہ نمبر۳) ایک مقعمہ (infarct) کی مانند نما ہوتے ہیں۔ متاثرہ طرف کا ڈائفرام اوپر کو اٹھا ہوا ہوتا ہے۔ قلب مقابل کی طرف کبھی ہٹا ہوا نہیں ہوتا۔ قشبی نبقات ریوی محیطی طور پر کشش میں پھیل جاتے ہیں۔ لیکن اگر غیر قشبی قسم چہارم موجود ہو تو ذات الریہ کی بجائے کُلّی ہبوط ہو جاتا ہے۔ اس نظریہ کی تائید میں بہت سی شہادت پیش کی گئی ہے (49)۔

لختی ذات الریہ (lobar pneumonia) (نبقی ریوی)

(کروپی ذات الریہ · croupous pneumonia)

بحث اسباب۔ یہ مرض دونوں جنسوں میں ہوتا ہے، لیکن عورتوں کی نسبت مردوں میں دوگنا عام ہے، اور دونوں جنسوں کے درمیان جو فرق ہے وہ نہایت نوعمر اور معمر اشخاص میں کمترین ہوتا ہے۔ نیز یہ شیر خواری سے لے کر بڑھاپے تک زندگی کے تمام زمانوں میں دیکھا جاتا ہے، لیکن بالغوں میں ادھیڑ عمر تک زیادہ کثیر الوقوع ہوتا ہے۔ یہ گرما اور فصل خزاں کی نسبت سرما اور فصل بہار میں بہت زیادہ اکثر دیکھا جاتا ہے، جبکہ تپش میں ناگہانی تغیرات ہوتے رہتے ہیں، جبکہ ہوائیں مشرقی یا شمال مشرقی ہوتی ہیں، یا جب کہ موسم مرطوب یا سرد ہوتا ہے۔ عادات اور پیشے جو تکشف (exposure) کا موقع پیدا کرتے ہیں ذات الریہ کی استعداد پیدا کر دیتے ہیں۔ بے اعتدالی کی عادتیں (کثرت شراب نوشی وغیرہ) بھی اس کی استعداد پیدا کر دیتی ہیں، اور اس کی ہلاکت کو بہت زیادہ کر دیتی ہیں۔ ایک حملہ دوسرے حملہ سے مامون نہیں کرتا، بلکہ یہاں تک

کہتے ہیں کہ ذات الریہ ایک ہی مریض میں پندرہ یا بیس بار ہوا ہے، تاہم دو حملوں سے زیادہ نہایت غیر معمولی ہیں۔

برودت یا سردی کا لگنا اکثر ایک تعیینی واقعہ (determining event) ثابت ہوتا ہے اور بسا اوقات ایک سابق الوجود تنفسی نازلت کی سرگذشت موجود ہوتی ہے۔ اس میں شک نہیں معلوم ہوتا کہ بعض مثالوں میں راست تعدیہ (direct contagion) یقیناً ہوتا ہے، اور ایسی بہت سی مثالیں درج ہوئی ہیں جن میں ذات الریہ دیہات، بڑی عمارتوں یا گھرانوں میں بالکل ایک وبائی بخار کی طرح سرعت کے ساتھ پھیل گیا ہے۔ لختی ذات الریہ بعض دوسرے امراض اور بالخصوص مطرانی مرض (mitral disease)، حاد التہاب گردہ (acute nephritis)، ذیابیطس، اور بعض امراضِ ساریہ (جن میں انفلوئنزا شامل ہے)، کی پیچیدگی یا نتیجہ کے طور پر بھی واقع ہوجاتا ہے۔ لیکن تدرن کی پیچیدگی کے طور پر اس کا ہونا شاذ ہے۔ بعض اوقات ضربی ذات الریہ (traumatic pneumonia) سینہ پر چوٹ لگنے سے ہوجاتا ہے، بشرطیکہ متضررہ شش ثانوی سرایت سے متاثر ہوجائے۔ ذات الریہ میں اوّلی مقام سرایت شش میں ہوتا ہے۔ نبقۂ ریویہ پھیپھڑوں اور بُصاق میں، اور شدید التہابوں میں شاذ شش سے نکل کر خون کے اندر پایا جاتا ہے، لہذا یہ جرثومہ دمویت بشکل ایک عفونت الدم (septicæmia) کہلاسکتی ہے۔ نبقۂ ریویہ کی چار قسمیں پہلے بیان ہوچکی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 56)۔

مرضی تشریح۔ نبقی ریوی ذات الریہ میں ماؤف شدہ شش کا کچھ حصہ متبدل ہو کر اس کی اسفنجی ساخت ایک ٹھوس تودہ بن جاتی ہے۔ ابتدائی ترین یا پہلے درجہ میں، جو کہ امتلا یا احتقان کا ہوتا ہے، شش بھاری اور سرخی مائل بھورے رنگ کا ہوجاتا ہے، اسے دبانے سے اس میں سے ایک جھاگ دار سرخی مائل مصل مترشح ہوتا ہے، اور شش اس سے زیادہ آسانی سے ٹوٹ جاتا ہے کہ جس آسانی سے تندرستی میں ٹوٹتا ہے۔ عروق شعریہ خون سے متمدد ہونے کی وجہ سے متسع اور پیچاں (tortuous) ہوتے ہیں، اور

152

ممکن ہے کہ دقیق نزفات موجود ہوں۔ دوسرے درجہ میں، جیسے متحجر شش کے جگر سے مشابہ ہونے کی وجہ سے سرخ تکبّد (red hepatisation) کا درجہ کہتے ہیں، شش پھیکے سرخ رنگ کا، تراشنے پر باریک طور پر ذرّاتی، بالکل بے ہوا اور ٹھوس ہوتا ہے اور پانی میں ڈوب جاتا، لیکن انگلی سے دبانے پر آسانی سے ٹوٹ جاتا ہے۔ جو فیزے باریک ذراتی تودوں میں علٰحدہ کئے جا سکتے ہیں، اور اُن کے اندر فائبرین (fibrin) اور خون کے کچھ سُرخ جسیمات اور سپید خلیات نظر آتے ہیں۔ دراصل ہُوا یہ ہے کہ عروق شعریہ میں سے مترشح ہونیوالے سیال سے جوفیزی دیواریں اسقدر متمدد ہوگئی ہیں کہ دروں حلمی خلیات ٹوٹ گئے ہیں، اور ہوائی فضائیں سیال سے بھرپور ہوگئی ہیں اور سیال جم گیا ہے (42)-

تیسرا درجہ بھی، جو رمادی تکبّد (grey hepatisation) کا ہے اپنے ٹھوس پن (solidity) کی وجہ سے ممیز ہوتا ہے، لیکن اس میں رنگ رمادی مائل زرد یا صرف رمادی ہوتا ہے، اور اس میں سطح اس کی نسبت کم ذرّاتی ہوتی ہے کہ جتنی درجۂ سرخ میں ہوتی ہے۔ خرد بین سے دیکھنے پر یہ درجہ آخر الذکر درجہ سے اس میں اختلاف رکھتا ہے کہ ہوائی خلیے اور جوفیزی دیواریں سپید خلیات سے پٹی ہوئی ہوتی ہیں، لیکن فائبرینی ارتشاح (exudation) اور سرخ جسیمات بہت کم مقدار میں ہوتے ہیں۔ رنگ کا متغیر ہونا جوفیزوں میں سپید خلیات کی موجودگی کی طرف منسوب کیا جاتا ہے۔ ایک چوتھا درجہ بھی جو ریمی دردیزش (purulent infiltration) کا ہوتا ہے، بیان کیا جاتا ہے۔ لیکن یہ محض رمادی تکبّد کی ایک انتہائی حالت ہے۔ اس میں شش نسبتہً زیادہ نرم اور زردی مائل رنگ کا ہوجاتا ہے، اور اسے کھرچنے یا دبانے سے اس میں سے ایک زرد ریمی سیال نکلتا ہے۔ یہ سیال ہوائی خلیات میں بھری ہوئی درریزش کے تکسر سے بنتا ہے، اور اس میں سپید جسیمات شحمی اور ذراتی ہوجاتے ہیں۔ لیکن ایک حقیقی خُرّاج، جو تمثیلی حاد ذات الریہ کا نتیجہ ہو، نہایت شاذ ہوتا ہے۔ یہ مشکوک ہے کہ شفایاب ہوجانے والی اصابتوں میں ریمی درریزش کے درجہ کی نوبت آتی ہے یا نہیں۔ یہ سچ ہے کہ شفایابی، یا انحلال (resolution)

کے ساتھ بعض اوقات ایسے طبیعی امارات (نتکنکۂ راجعہ=redux crepitation) پائے جاتے رہیں، جو ظاہر کرتے ہیں کہ ارتشاح نرم ہو کر سیال بن رہا ہے۔ لیکن بہت سے مریض بلا ایسے کسی مظہر کے اچھے ہو جاتے ہیں، اور اُن میں اتنا کم نفث ہوتا ہے کہ اُن کے ارتشاح کے غائب ہو جانے کی توجیہ صرف یہ ہو سکتی ہے کہ وہ عروق لمفائیہ سے براہ راست جذب ہو گیا ہے۔ صرف چند ہی اصابتوں میں بُصاق کی مقدار بڑی ہوتی ہے۔

اصابتوں کی ایک بہت بڑی تعداد ایسی ہوتی ہے کہ جن میں جرمِ شُش کے التہاب کے ساتھ حاد ذات الجنب (acute pleurisy) بھی موجود ہوتا ہے، اور اِس دوگونہ ضرر کو ذات الجنبی ذات الریہ (pleuro-pneumonia) کہہ سکتے ہیں۔ لیکن یہ نام عام طور پر نہیں استعمال کیا جاتا، اِلّا اُن اصابتوں کے لئے کہ جن میں ذات الجنب سریریاتی لحاظ سے ایک نمایاں مظہر ہو۔

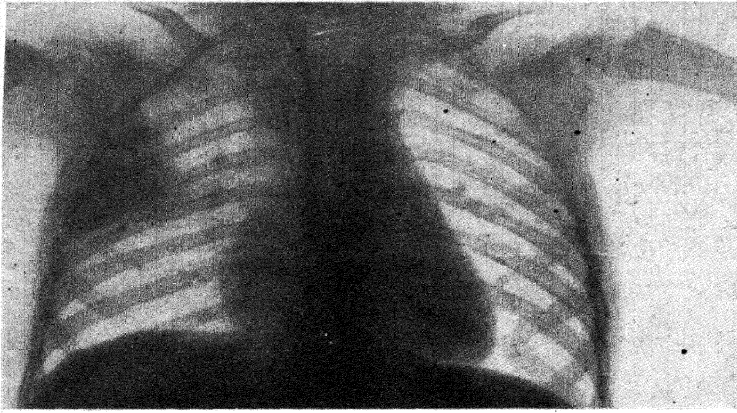
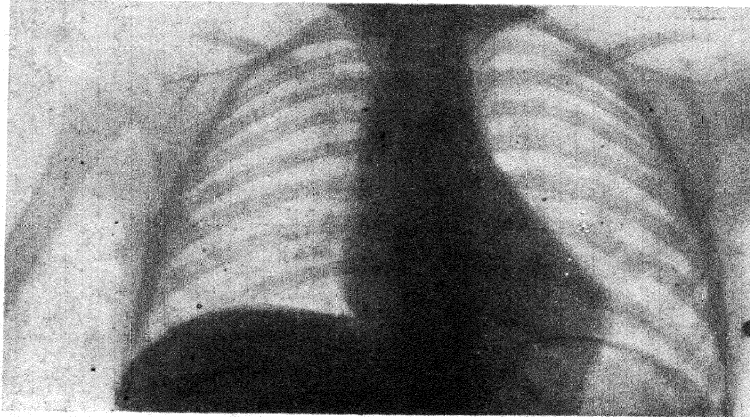
تعین المقام (localisation)۔ تبقی رئوی ذات الریہ تقریباً ہمیشہ جزئی ہوتا ہے، اور اِس کے نسبت زیادہ اکثر قاعدے کو، اور بائیں شُش کی نسبت کسی قدر زیادہ اکثر دائیں شُش کو ماؤف کرتا ہے۔ لاشعاعی امتحان بالعموم تغیر پذیر جسامت کا ایک خانہ نما سایہ ظاہر کرتا ہے (صفحہ نمبر ۳ اُ ب ج) اور بچوں کی صورت میں یہ مدت سے تسلیم کیا گیا ہے (33)- گاہے یہ سایہ دیوار صدر کے متوازی محیط میں ایک بند کی صورت اختیار کرتا ہے۔ ممکن ہے بغیر کسی طبیعی امارت کے درریزشش موجود ہو۔ سایہ بعض اوقات فوق تدرن (epituberculosis) کی مشابہت اختیار کرتا ہے، لیکن نسبتۃً زیادہ سرعت کے ساتھ غائب ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات دونوں شُش ماؤف ہو جاتے ہیں، لیکن مرض عموماً ایک شُش میں دوسرے سے پہلے شروع ہوتا ہے۔

علامات اور طبیعی امارات۔ پہلا درجہ۔ بالغ اصابتوں کی ایک بڑی تعداد میں مرض کی پہلی واضح امارت یہ ہے کہ ایک قشعریرہ (rigor) یا لرزہ ہوتا ہے (۶۹ ف) تپش ۱۰۲، ۱۰۳، یا ۱۰۴ درجہ تک چڑھ جاتی ہے، اور نہایت

[1] توسین کے اندر درج کردہ اعداد ظاہر کرتے ہیں کہ فوجی سپاہیوں کی تحتی ذات الریہ کی

الف

ب

ج

لختی ذات الریہ میں فانہ نما دریزش، اور اس کا تدریجی انحلال۔ (الف) ۹ جولائی ۱۹۳۴ء۔ (ب) ۱۳ جولائی ۱۹۳۴ء۔ (ج) ۱۹ جولائی ۱۹۳۴ء۔ یہ ڈاکٹر مچ کا مریض تھا۔ (شعاع نگاشتیں مسٹر لنڈ سے لاک کی بنائی ہوئی ہیں)

بالمقابل صفحہ 152

نمایاں ارتفاع حرارت (pyrexia) ہوتا ہے جس کے ساتھ کسلمندی (malaise) عدم اشتہا، قئے (۲۳) فروار زبان، اور بعض اصابتوں میں لبوں پر نملہ (herpes) کا ایک ثوران (eruption) ہوتا ہے (۱۷)، جو ایک اچھی امارت سمجھی جاتی ہے۔ بچوں میں اکثر تشنجات (convulsions) ہو جاتے ہیں، لیکن قشعریرات غیر عام ہیں۔ ممکن ہے کہ علامات ابتداً مبہم سے ہوں، اور شاید ان کے ساتھ دردِ سر (۶، ۳۵) یا سارے بدن میں پھیلا ہوا درد (pains all over) (۹) ہو، یا ششش کی ماؤفیت پھولے ہوئے سانس (shortness of breath) سے ظاہر ہو اور پہلو میں شدید درد (۶۰) ہو، جو ذات الجنب سے منسوب ہو سکتا ہے۔ اس ابتدائی زمانہ میں ممکن ہے کہ استماع سے کوئی چیز شناخت نہ ہو لیکن بعض اوقات ایک باریک خشک تکتکہ (crepitation) سنائی دیتا ہے جس کا مقابلہ اس آواز سے کیا گیا ہے جو کان کے قریب بالوں کی ایک لٹ کو انگلی اور انگوٹھے کے درمیان ملنے سے پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ تکتکہ بیشتر ایک گہری سانس کے اختتام پر، لیکن بعض اوقات سارے دورانِ شہیق میں سنائی دیتا ہے، اور اس کی توجیہ یہ کی جاتی ہے کہ یہ جوفیزوں کی دیواروں کے علیحدہ ہونے سے پیدا ہوتا ہے، جو غیر قدرتی طور پر چپکنی (adhesive) ہو جاتی ہیں۔ اس سے زیادہ کثرت کے ساتھ ایک غیر طبعی صورت حالات کی ابتدا اس طرح ہوتی ہے کہ اس رقبہ پر جو بعد میں درجۂ دوم یعنے تجمّد کے امارات ظاہر کرتا ہے، حویصلی خرخری کی نمایاں کمی یا عدم موجودگی واقع ہو جاتی ہے۔ قرعی آواز (percussion note) اب بھی غیر متبدل، یا معمول کی نسبت صرف کسی قدر کم گمگی ہوتی ہے۔ دوسری اصابتوں میں قرع پر ایک طبلی آواز حاصل ہوتی ہے۔ اس کے ظہور کا امکان اُس وقت ہوتا ہے جب کہ ذات الریہی عمل ابتداً مرکزی ہو، جس کے نتیجہ کے طور پر گرد و پیش کے شُشش کا ارتخاء (relaxation) ہو جاتا ہے یعنے وہ ڈھیلا پڑ جاتا ہے

(بقیہ حاشیہ صفحہ گذشتہ) ۵۵۰ اصابتوں میں جو کہ ۱۹۱۵ء تا ۱۹۱۶ء بمقام آلڈرشاٹ (Aldershot) رونما ہوئیں، کتنی فی صدی میں یہ علامات واقع ہوئیں (25)۔

(جیسے کہ اسکوڈا پائی گمک ہیں) ۔

اتنے ابتدائی زمانہ میں بھی خفیف سی کھانسی اور اس کے ہمراہ ممیز زنگ آلود بُساق (rusty sputum) موجود ہوتا ہے ۔ یہ بُساق ایک شفاف بے ہوا جیلی نما مخاط کے تودہ کے طور پر نکلتا ہے، جس کا رنگ زرد، نارنجی، گندمی بھورا (russet brown)، یا بلکہ شوخ سرخ ہوتا ہے اور جو اس قدر لزج ہوتا ہے کہ برتن کی جانب یا پیندے سے چپک جاتا ہے اور بہنے کا کم رجحان رکھتا ہے یا بالکل نہیں رکھتا۔ گرام (Gram) کے طریقۂ تلوین سے بُساق میں نبقۂ ریویہ شناخت ہوسکتا ہے، جو کہ ابتداءً بکثرت نہیں ہوتا، اور بُساق خاص کر زجاجی یا شفاف (hyaline) مخاط، مصلی البیومینی ارتشاح، چند سرخ جسیمات، چھوٹے جوفیزی خلیوں، بڑے دَرحلمی خلیوں، اور چند کثیر الاشکال نواتی خلیوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ کبھی کبھی نفث الدم (hæmoptysis) واقع ہوتا ہے (۱۶۱) ۔

دوسرے درجے، یا درجۂ تجمد (stage of consolidation) کے علامات اکثر بہ سرعت نمویاب ہوجاتے ہیں۔ شُش کے ماؤف حصے پر قطعی اصمیت (decided dulness) پائی جاتی ہے ۔ اسی رقبہ پر بلند ارتفاع کا (high-pitched) شعبی تنفس ہوتا ہے، جو ابتداءً تو نرم اور دور کا (soft and distant) ۔ لیکن تھوڑے عرصہ کے بعد نسبتۃً بہت زیادہ بلند ہوتا ہے۔ اگر مریض منہ سے بولتا ہے تو شعبی صوتیت (bronchophony) ہوتی ہے، اور بولے ہوئے الفاظ اکثر صاف صاف سُنائی دیتے ہیں، اور بہ ظاہر مسماع الصدر کے اندر پکار کر بولے ہوئے معلوم ہوتے ہیں۔ سرگوشی میں کہے ہوئے الفاظ (whispered words) بھی صاف صاف منتقل ہوجاتے رہیں۔ شُش کے اُن حصوں میں جو پھیلتے ہوئے التہاب سے ماؤف ہورہے ہیں، وہ باریک تکتکہ (fine crepitation). جو ایک ابتدائی امارت کے طور پر سنا گیا تھا، ممکن ہے کہ اب بھی سنا جائے ۔ لیکن بلند شعبی تنفس اور شعبی صوتیت ظاہر کرنے والے رقبوں پر کوئی لغلغات (râles) نہیں سنائی دینگے تاوقتیکہ ساتھ شعبی التہاب بھی موجود نہ ہو، جبکہ وہ متنغم (consonating) ہونگے ۔ لمسی صوتی خفیف (tactile vocal fremitus) کبھی بڑھا ہوا اور کبھی گھٹا ہوا ہوتا

ہے۔ اس کی شہادت موجود ہے کہ تقریباً تمام اصابتوں میں اُس کی تخفیف اس وجہ سے ہوتی ہے کہ پلیوُرا کے اندر سیّال کی ایک پتلی تہ موجود ہوتی ہے (26)۔ طبیعی امارات کی نمویابی کے دوران میں مریض لازماً اپنے بستر پر پڑا ہوتا ہے، لیکن اُسے اکثر انتصابی تنفس (orthopnœa) ہوتا ہے۔ اُس کے گال اور پیشانی سُرخ تمتمائے ہوئے (flushed) ہوتے ہیں۔ اُس کی آنکھیں چمکنے لگتی ہیں، اور ظاہر کرتی ہیں کہ اُس کو تکلیف کا بیّن احساس ہے۔ اُس کی سانس تیز ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ تنفس فی منٹ ۴۰، ۵۰، ۶۰، یا بلکہ ۸۰ تک بڑھ جائے۔ نبض تیز ہو جاتی ہے، لیکن تنفس کے تناسب سے نہیں۔ ممکن ہے کہ وہ ۱۰۰ تا ۱۲۰ یا اس سے کسیقدر زیادہ ہو۔ اس طرح نبض و تنفس کی نسبت معمولی ۳ : ۱، یا ۴ : ۱ سے بدل کر ۲ : ۱ یا $\frac{1}{2}$۱ : ۱ ہو جاتی ہے۔ تپش عموماً ایک بلند لیول، ۱۰۳ تا ۱۰۵ درجہ پر قائم رہتی ہے اور اُس میں کم تغیّر ہوتا ہے۔ اور جلد خشک ہوتی ہے، اور اُس پر رکھے ہوئے ہاتھ کو چبھتی ہوئی گرمی (pungent heat) کا احساس ہوتا ہے۔ ضغط الدّم (blood pressure) عموماً معمول کی نسبت تھوڑا کم ہوتا ہے۔ کھانسی جو ہمیشہ تو نہیں لیکن علی العموم موجود ہوتی ہے، زیادہ بار بار نہیں ہوتی، اور وہ سخت، خشک (hard and dry) اور اکثر درد کے ساتھ ہوتی ہے۔ اور بُساق، جو لزج اور زنگ آلود (rusty) ہوتا ہے، بدقت باہر نکلتا ہے۔ قارورہ قلیل المقدار، گہرے رنگ کا (high-coloured) اور ترشئی ہوتا ہے، اور اُس میں یوریٹس کا جماؤ بن جاتا ہے۔ اس میں کلورائڈز (chlorides) بہت کم ہو جاتے ہیں اور ممکن ہے کہ غیر موجود ہوں، اور البیُومن کی تھوڑی مقدار اکثر اوقات موجود ہوتی ہے۔ عموماً سپید جسیمات کی کثرت (leucocytosis) کثیر الاشکال نواتی خلیوں کی زیادتی کے ہمراہ پائی جاتی ہے، جو شدید اصابتوں میں طویل عرصہ تک باقی رہتی ہے۔ مریض کو ہذیان ہو جاتا ہے (۴)، بالخصوص رات کے وقت۔ کبودی (lividity) یا زراق ایک نمایاں مظہر ہوتا ہے۔ ایسی اصابتوں میں یہ پایا گیا ہے کہ آکسیجن سے شریانی خون کی سیر شدگی کم ہو جاتی ہے، اور وہ بجائے ۹۵ فی صدی کے جو معمولی ہے، ۸۰ فی صدی ہوتی ہے (Stadie)۔

یہ ناسیر شدگی (desaturation) اس وجہ سے ہوتی ہے کہ شریانی خون ایک ایسا آمیزہ ہو جاتا ہے جس میں شش کے تندرست حصے سے آیا ہوا ہوا زدہ خون اور مرضی شش سے آیا ہوا غیر ہوا زدہ خون شامل ہوتا ہے۔ بعد ازاں زراق زائل ہو جاتا ہے، کیونکہ مرضی شش میں سے دورانِ خون سست ہو جاتا ہے۔

مریض کی عام حالت چند روز تک ویسی ہی رہتی ہے، یا زیادہ کثرت کے ساتھ علامات کی شدت میں زیادتی ہو جاتی ہے۔ نبض و تنفس تیز تر ہو جاتے ہیں، تپش بلند قائم رہتی ہے، زبان زیادہ خشک اور زیادہ بھوری ہو جاتی ہے، اعصابی کا ہذیان زیادہ قطعی ہوتا ہے۔ یہ مشاہدہ ہوتا ہے کہ طبیعی امارات عموماً روز بروز متغیر ہوتے جاتے ہیں، جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ تجمدی عمل پھیل رہا ہے، چنانچہ تکتکہ (crepitation) اور شعبی تنفس سینہ پر بلند سے بلند تر پھیلتے جاتے ہیں، یہاں تک کہ راس (apex) ماؤف ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ طبیعی امارات سامنے ترقوی ہڈی کے نیچے ظاہر ہو جائیں۔

اس وقت جب کہ بیماری بہ ظاہر انتہا تک پہنچی ہوتی ہے، اصلاح واقع ہوتی ہے، اور بہت سی اصابتوں میں یہ بالکل ناگہانی طور پر ہوتی ہے۔ چھٹے، ساتویں، یا آٹھویں دن اصابتوں کی ایک بڑی تعداد میں تپش، نبض، اور تنفس گر کر بارہ یا اٹھارہ گھنٹوں کے دوران میں تقریباً اپنے طبعی حدود تک آجاتے ہیں۔ زبان تر ہو جاتی ہے۔ اور مریض خود کو ہر لحاظ سے بہتر محسوس کرتا ہے۔ اس بحران (crisis) (۴، ۵۶) کے ساتھ بکثرت پسینہ آتا ہے۔ تقریباً نصف اصابتوں میں بخار زیادہ تدریجی طور پر ختم ہوتا ہے (تحلل : lysis) اور درجۂ انتہا سے طبعی درجہ تک گرنے میں اسے چار سے پانچ دن تک لگتے ہیں۔

تپش کے طبعی ہونے کے بعد طبیعی امارات بتدریج صاف ہو جاتے ہیں۔ اس درجہ میں تکتکات راجعہ (redux crepitations) سنائی دیتے ہیں۔ یہ شبنۂ موٹے (coarse) کرکرانے والے (crackling) یا بلبلانے والے (bubbling) لغطات ہوتے ہیں، جو انتشاح کے تحلیل پڑنے اور انبوبات میں

آجانے کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ششش میں یہ تغیر ہونے کے ساتھ ساتھ بساق بھی متغیر ہوجاتا ہے، اُس کی ممیز جھلک (tinge) جاتی رہتی ہے اور وہ زرد یا سبز، مخاطی ریمی، اور کم لزج ہوجاتا ہے۔

قسم اول کا ذات الریہ جو کہ ۹۰ فی صدی اصابتوں کے لئے ذمہ دار ہے، خاص کر نوجوان بالغوں میں، بالعموم معروف و مستند علامات پیش کرتا ہے جو کہ بحران میں ختم ہوتی ہیں۔ قسم دوم میں علامات زیادہ شدید ہوتی ہیں اور بسا اوقات بحران بالکل نہیں ہوتا۔ قسم سوم خصوصیت کے ساتھ معمر افراد پر حملہ آور ہونے کا امکان رکھتی ہے۔ قسم چہارم ہر عمر میں ہوتی ہے۔ مہلک اصابتوں میں موت فشل القلب (failure of the heart) سے، یا اس ششش کے اُذیما سے کہ جو اب تک غیر ماؤف تھا، یا دونوں کے مجموعی طور پر ہونے سے واقع ہوتی ہے۔ تمام علامات زیادہ ہوجاتے ہیں: یعنے تنفسات تواتر میں بڑھ جاتے ہیں۔ نبض تیز، صغیر اور ضعیف ہوجاتی ہے۔ چہرہ کبود یا ازرق ہوجاتا ہے۔ دائیں بطین کے اتساع کے طبیعی امارات مشاہدہ میں آسکتے ہیں۔ زبان خشک، بھوری اور مشقوق (cracked) ہوتی ہے۔ ہذیان کم و بیش مسلسل ہوتا ہے، اور بڑبڑاہٹ (muttering) اور قوما (coma) بتدریج طاری ہوجاتے ہیں۔ اِستماع کرنے پر بلند (loud) موٹے (coarse) لغطات سینہ کی دونوں جانبوں پر سنائی دیتے ہیں۔ جوں جوں مریض زیادہ کمزور ہوتا جاتا ہے تپش گرتی جاتی ہے، جلد سرد پڑجاتی اور پسینہ سے شرابور ہوجاتی ہے۔ موت عموماً بیماری کی انتہا کے زمانہ میں پانچویں اور دسویں دنوں کے درمیان واقع ہوجاتی ہے۔ لیکن ذات الریہ کبھی کبھی دو یا تین دنوں میں اپنا مہلک امر ختم کردیتا ہے۔

پیچیدگیاں اور عواقب۔ اول الذکر کا سبب بیشتر ثانوی تعفنی ریوی سرایتیں ہیں، جو پھیپھڑوں سے منفصلہ ساختوں میں براہ راست پھیل جاتی یا جوئے خون کے ذریعہ منتقل ہوتی ہیں۔ ذات الجنب جس کے ہمراہ لمف یا مصل کی تکوین ہوسکتی ہے، بمشکل ایک پیچیدگی کہلاتی ہے، کیونکہ وہ عملاً ہر ایک اصابت میں موجود ہوتی ہے۔ تقیح الصدر (empyema) (۲۰۸) اس قدر

عام نہیں ہوتا، لیکن اگر بخار تیسرے ہفتے تک قائم رہے، اور اس کے ساتھ قرعی آواز اصم ہو اور شعبی تنفس کی آوازیں غائب یا متغیر ہوگئی ہوں تو اس کا شبہ کرنا چاہئے۔ شاذ اصابتوں میں ذات الریہ کے دوران میں ہوائی خلیات کے کہفۂ پلیورائی کی طرف مشقوق ہو جانے سے استرواح الصدر (pneumothorax) پیدا ہوجاتا ہے۔ بائیں جانب کے تقیح الصدر کے ساتھ اکثر اوقات التہابِ تامور (pericarditis) (۲) پایا جاتا ہے۔ التہاب اعصاب محیطی (peripheral neuritis)، التہاب گردہ (nephritis) (۵ء۰)، التہاب باریطون (peritonitis) تقیحی التہاب سحایا (suppurative meningitis) (۱)، اور التہاب مفصل (arthritis) (۵ء۰) شاذ ترین ریوی پیچیدگیوں میں سے ہیں۔ شاذ اصابتوں میں ایک حقیقی ننفی ریوی تقیح الدم (pneumococcal pyæmia) پیدا ہوگیا ہے، جس کے ساتھ تقیحی التہاب مفاصل (suppurative arthritis) اور قاحات (pustules) اور جلد کے نیچے پھوڑے ہوتے ہیں اور انہیں سے گاڑھی سبزی مائل پیپ نکلتی ہے جس میں نیقات ریویہ خالص کاشت میں موجود ہوتے ہیں۔ خبیث التہاب درون قلبیہ (malignant endocarditis) (۲ء۰) (خاص کر اورطی مصراع کا) ذات الریہ کے ہمراہ دیکھا گیا ہے، جو اس کے نوعی عضویوں کی وجہ سے پیدا ہوجاتا ہے۔ قلیل التعداد اصابتوں میں نمایاں یرقان (jaundice) (۳ء۱) ہوتا ہے۔ ایک ہلکی یرقانی جھلک زیادہ عام ہوتی ہے۔ بعض اوقات دوران مرض میں معدے کا حاد اتساع (acute dilatation of the stomach) واقع ہوجاتا ہے، اور شدید اصابتوں میں التہاب نکفیہ (parotitis) پیدا ہوسکتا ہے۔ مزمن ذات الریہ (chronic pneumonia)، گنگرین (gangrene) اور خراج شش (abscess of the lung)، اور تمدد الشعب (bronchiectasis) شاذ عواقب ہیں۔

تشخیص۔ قشعریرہ اور تیز بخار کے ابتدائی درجات میں ذات الریہ بعض اوقات دوسرے حاد امراض جیسے کہ تپ محرقہ، قرمزیہ، یا چیچک سے ناقابل شناخت ہوتا ہے۔ اکثر سینہ کے ایک جانب پر کے درد یا تکلیف سے ظاہر ہوگا

کہ وہاں حاد مرض موجود ہے، اور ایک مقام پر اصوات تنفس کی غیر موجودگی، یا باریک تکتکات (fine crepitations) کی موجودگی، جن کے بعد اصمیت، شعبی تنفس، اور شعبی صوتیت ہو، بیماری کی نوعیت ظاہر کر دیں گے۔ لیکن یہ درد نہایت غلط فہمی بھی پیدا کر سکتا ہے۔ اکثر اوقات یہ شکم تک پھیلتا، یا بالخصوص شکم میں محسوس ہوتا ہے، جس سے ابتدائے التہاب زائدہ دودیہ (appendicitis)، التہاب باریطون (peritonitis)، یا التہاب مرارہ (cholecystitis) کا خیال ہو سکتا ہے۔ ریوی قاعدوں پر احتیاط کے ساتھ نگاہ رکھنا ضروری ہے تاکہ غلطی نہ ہونے پائے۔ دوسری اصابتوں میں طبیعی امارات کی نمویابی سے پہلے ایک مختصر سی کھانسی ہوگی، جس کے ساتھ زنگ آلود بصاق کا نفث ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ طبیعی امارات کے ظہور میں فی الحقیقت پانچ یا چھ بلکہ دس دن کی تاخیر ہو جائے، انھیں بہت تلاش کرنے کی ضرورت پڑے اور وہ پہلے پہل اُن ہونی جگہوں میں پائے جائیں، جیسے کہ عظم الکتف کے اوپر یا بغل کی چھت (top of axilla) میں۔ امراض طفحیہ (exanthemata) کے مخصوص و ممیز طفحات کی غیر موجودگی، تنفس کی سرعت جو نبض سے غیر متناسب ہوتی ہے، سرخ تمتمایا ہوا چہرہ (flushed face) اور چمکتی ہوئی آنکھ، مخصوص و ممیز نوعیت کا بصاق، اور دہن کے گرد و پیش نملہ کی موجودگی، یہ سب تشخیص کے لئے مفید نکات ہیں۔ امتحانِ خون سے بھی مدد مل سکتی ہے، کیونکہ سپید خلیات کی کثرت (leucocytosis) سے تپ محرقہ، ملیریا، اور انفلوئنزا خارج از بحث ہو جاتا ہے۔ رانجنی شعاعیں بھی کارآمد ہیں، جیسا کہ پیشتر بیان کیا جا چکا ہے۔

جب طبیعی امارات نمودار ہو جاتے ہیں، تو یہ متعین کرنا پڑتا ہے کہ آیا ذات الریہ موجود ہے یا ذات الجنبی انصباب (pleuritic effusion) یا دونوں کا ساتھ ساتھ اجتماع ہے۔ اِن دونوں حالتوں کی ایک دوسرے سے تشخیص ذات الجنب (پلیوریسی) کے بیان کے تحت درج کی گئی ہے۔ شعبی ذات الریہ سے تشخیص پہ بعد میں غور کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 158)۔

انذار۔ لختی ذات الریہ کی اوسط شرح اموات تقریباً ۱۰ فی صدی ہے۔

وہ چھوٹے بچوں میں نہایت کم ہوتی ہے، لیکن عمر کی زیادتی کے ساتھ بڑھتی جاتی ہے۔
بے اعتدالی کی عادتوں والے اشخاص میں اور اُن میں جنھیں ناکافی غذا ملی ہو، یہ مرض
زیادہ مہلک ہوتا ہے۔ سریع الوقوع یا تند بذیان، فشل پذیر نبض (failing pulse)
کبودی اور زراق، یہ سب بدشگونی کی علامات ہیں۔ قسم سوم کا نیقہ ریویہ کہ جس کے
خلاف ہمیں کوئی مصل میسر نہیں، سب سے تشویشناک اصابتوں کے لئے ذمہ دار
ہے، اور شرح اموات ۴۰ فی صدی تک پہنچتی ہے۔ قسم اول میں انذار اس سے
زیادہ بہتر ہے کہ جتنا قسم دوم میں ہے، کیونکہ شرح اموات اول الذکر میں ۱۰-۱۵
فی صدی اور آخر الذکر میں ۲۰ فی صدی ہے۔ قسم چہارم میں شرح اموات ۳۰ فیصدی
ہے۔ امریکہ میں شرح اموات زیادہ ہے۔

علاج۔ مریض مجبوراً بستر پر پڑ جاتا ہے، اور عموماً اُسے مرض کی انتہا میں
(in the height of the disease) تکیوں یا غد (bed-rest) کے ذریعہ نیم اضطجاعی
(semi-recumbent) حالت میں سہارا دینے کی ضرورت لاحق ہوتی ہے۔ جسمانی
آرام، اور تشویش سے مبرا ہونا، علاج کے اہم عناصر میں سے ہے۔ غیر ضروری طبی
امتحان سے پرہیز کرنا چاہئے۔ مریض کو ایک آزادانہ ترویح رکھنے والے کمرے
کے اندر بہ افراط گرم تازہ ہوا ملنا چاہئے، اسی طرح جس طرح کہ کسی دوسرے
ساری مرض میں۔ غذا ایسی دینی چاہئے جو ایک حموی مرض کیلئے موزوں ہو (ملاحظہ ہو
صفحہ 21)۔ اس میں دودھ قدرتی طور پر ایک اہم عنصر ہوگا، لیکن انڈے اور اناج
(cereals)، دودھ کے پڈنگ (milk-pudding) کی شکل میں، ہارلک کا مالٹ
ملا ہوا دودھ (Horlick's malted milk)، مچھلی یا چوزے کا قیمہ، وغیرہ بھی
غذا میں شامل کئے جا سکتے ہیں۔ یہ ضروری ہے کہ اس معاملہ میں مریض کی خواہشات
کا لحاظ کیا جائے۔ نقوع لحم البقر (beef-tea) یا بکری کے گوشت کی یخنی
(mutton broth) گو بذاتِ خود غذائیں نہیں ہیں، تاہم ممکن ہے کہ یہ پسندیدہ ہوں۔
ابتدائی درجوں میں آنتوں کو صاف کر دینا چاہئے، اور ایسیٹیٹ یا سائٹریٹ
آف امونیئم (acetate or citrate of ammonium) کا استعمال کر کے جلد کے
آزادانہ عمل میں مدد دینی چاہئے، درساتھ ہی سفوف ڈوور (Dover's powder) کی خفیف

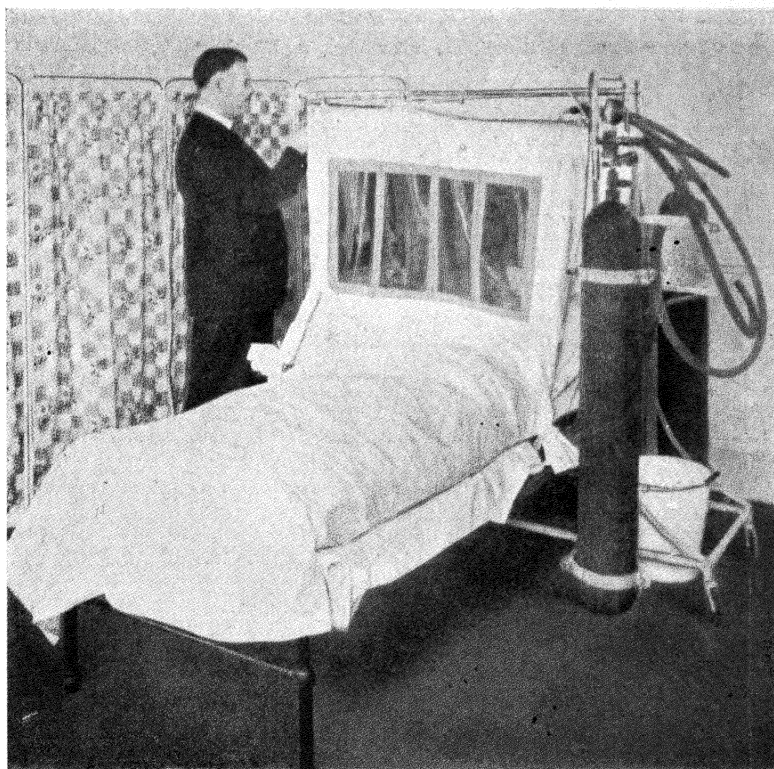
مقداریں دینی چاہئیں ۔ آخر الذکر ذات الجنبی درد میں تخفیف پیدا کرے گا یا افیون کی خفیف مقداریں (ٹنچر کے ۳ تا ۵ قطرے) لائح (saline) کے ساتھ بار بار دینے چاہئیں ۔ ممکن ہے کہ مقامی لاسقات (local applications)، جیسے کہ اینٹی فلاجسٹین (antiphlogistin) برف کی تھیلی یا کوئی پولٹس درد میں تخفیف کر دیں ۔ خفیف اصابتوں (mild cases) میں یہی کافی ہو سکتا ہے، لیکن شدید تر اصابتوں میں ہذیان اور ترقی پذیر انبطاح (prostration) کا تدارک بھی ضروری ہو گا ۔ اول الذکر کے لئے کلورل (chloral) کلورل امائڈ (chloralamide)، اور پوٹاسیم برومائڈ (potassium bromide) کا استعمال کیا جا سکتا ہے، لیکن جب بہر (dyspnoea) زیادہ ہو تو کلورل کو احتیاط کے ساتھ دینا چاہئے، کیونکہ وہ قلب اور تنفس پر خافض (depressing) اثر رکھتا ہے ۔ اسی سبب کی وجہ سے آخری درجوں میں مارفیا (morphia) کا استعمال کمی کے ساتھ کرنا چاہئے ۔ ہیوسین ہائڈرو برومائڈ (hyoscine hydrobromide) (۱/۱۰۰ گرین) کا تحت الجلدی اشراب اکثر مفید اور نسبتہً خالی از خطر ہوتا ہے بڑھتے ہوئے فشل قلب کیلئے ڈیجٹالس اکثر دیا جاتا ہے اور برانڈی یا دوسری سپرٹ کی تھوڑی مقداریں تین یا چار اونس تک روزانہ دیجا سکتی ہیں ۔ جہاں قلب کے دائیں جانب کا فشل (right-sided failure) موجود ہو وہاں فصد (venesection) کی ضرورت ہو سکتی ہے ۔ لیکن آکسیجن ان سب پیچیدگیوں کے لئے بہترین علاج ہے ۔

جب نالیوں میں افراز زیادہ ہو تو امونیم کاربونیٹ (ammonium carbonate) (۵ تا ۷ گرین ہر تیسرے یا چوتھے گھنٹے) دے سکتے ہیں ۔ حال ہی میں مصنوعی استرواح الصدر (artificial pneumothorax) کام میں لایا گیا ہے، اور وہ ذات الجنبی درد (pleuritic pain) کے دفع کرنے میں کامیاب ہوا ہے (27) ۔ جب بحران (crisis) ختم ہو گیا ہو اور تپش گر کر درجۂ طبعی پر آ گئی ہو تو علاج کا منشاء محض یہی ہونا چاہئے کہ کونین (quinine) اور دوسرے مقویات کے استعمال سے مریض کو تقویت پہنچائی جائے ۔

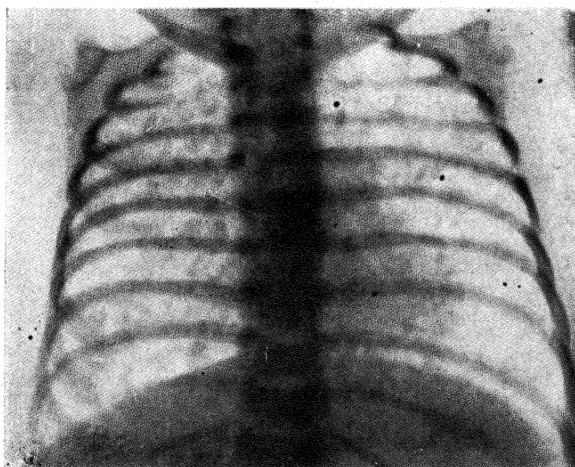
یہ امر اب تسلیم کیا جاتا ہے کہ فیلٹن (Felton) کے مرتکز ضد نیقی ریوی مصل (anti-pneumococcal serum) کے ذریعہ جان بچ سکتی ہے، بلکہ مرض دب بھی جاتا ہے ۔ موجودہ زمانہ میں اس کی قیمت گراں اور مقدار محدود ہے، لہٰذا ایسے

156

مریضوں تک جو سترہ سال سے اوپر ہوں اور جن میں انذار خراب ہو' اس کا استعمال محدود رکھنا بجا ہے' اور ناگہانی آغاز اور شدید انبطاح' کمزور سریع نبض' خفیف تپش اور خفیف سپید خلوی مجیبیت' اور مثبت دموی کاشت اس کے خاص داعیات ہیں۔ نیقدر یویہ کی قسم کی تعیین کرنا ضروری ہے' لیکن یہ کام چند منٹ کا ہے اور صرف قسم اول اور قسم دوم کے خلاف فائدہ مند ہے۔ قسم اول کا مصل اور قسم اول و دوم کا مخلوط مصل حاصل ہو سکتا ہے۔ اس کو مرض کے صرف پہلے پانچ دنوں میں دینا چاہئے اور قسم اول کے مقابلہ میں قسم دوم کی اصابتوں میں دگنی معتاد ہونی چاہئے۔ اول الذکر میں ...۲۰۰۰ اکائیاں' مالح سے مرقق کر کے' جو کہ حموی تعاملات روکنے کی غرض سے تازہ تیار کیا جاتا ہے' آہستہ سے دروں وریدی طور پر دیجاتی ہیں۔ اسی جسامت کی دوسری اور تیسری معتادیں' آٹھ سے لے کر ۱۲ گھنٹوں کے وقفوں سے دیجاتی ہیں' اور گاہے ایک چوتھی یا پانچویں معتاد کی بھی ضرورت ہوتی ہے۔

آکسیجن کا استعمال۔ جب کبودی یا زراق ہو تو آکسیجن دینی چاہئے۔ عملی اغراض کے لئے دو طریقے میسر ہیں۔ (۱) انفی قثاطیر (nasal catheter)۔ استوانے کو جو کہ ایک دقیق شست والے تنظیمی مصراع سے آراستہ ہوتا ہے' پہلے ایک وُلف (Woolf) کی بوتل کے ساتھ مربوط کر دیا جاتا ہے کہ جس میں پانی ہوتا ہے' اور پھر ایک ربڑ کے قثاطیر کے ساتھ کہ جس کو عین ناک کی پشت تک دھکیل دیا جاتا ہے۔ رابط انبوبہ چوڑی ہونی چاہئے' اور اس کا قطر ½ انچ سے کم نہ ہونا چاہئے۔ بوتل میں تحبب کو ایک مستقل رفتار پر رکھ کر آکسیجن کی رسد کی رفتار کو باقاعدہ کیا جا سکتا ہے۔ اس کا اندازہ ایک پائنٹ (pint) کا ناپ پانی سے بھر کر اور اس کو ایک پانی کے قبلے پر الٹا رکھ کر لگایا جا سکتا ہے۔ قثاطیر کو ناپ کے نیچے رکھنے سے پانی کی جگہ آکسیجن لے لیتی ہے۔ ایک بالغ کی صورت میں ایک پائنٹ جمع کرنے کے لئے تقریباً ۲۰ سیکنڈ ہونے چاہئیں۔ بچوں کے لئے رفتار کم ہوتی ہے۔ قثاطیر کو ناک کی بجائے منہ میں نہایت پیچھے تک دھکیلا جا سکتا ہے۔ ایک دوسری ترکیب ایک دوہری نلی ہے جس کی ٹونٹیاں دونوں نتھنوں کے عین اندر ہوں۔ ملر (Müller) کا مصراع جس طرح کہ اس کو ڈیویز (Davies) اور گلکرائسٹ (Gilchrist)

الف ۔ آکسیجن کا خیمہ ۔ گائی کے نمونہ کا

ب ۔ شعبی التہاب الریہ ایک بچہ میں ۔ (شعاع نگاشت مسٹر لنڈسے لاک نے لی ہے)

بالمقابل صفحہ 156

استعمال کرتے ہیں جو کہ زفیر کے دوران میں آکسیجن کے بہاؤ کو روک دیتا اور اسطرح ضیاع سے بچاتا ہے، حقیقت میں غیر ضروری ہے۔ آکسیجن کو تھیلے کے ذریعہ دینے کا مسرفانہ اور غیر موثر طریقہ کبھی استعمال نہ کرنا چاہیئے۔

(۲) آکسیجنی خیمہ (oxygen tent)۔ خیمہ کا اصول یہ ہے کہ مریض ایک آکسیجن سے بھرپور (۴۰ تا ۶۰ فی صدی) فضا میں رہتا ہے کہ جس میں سے کاربن ڈائی آکسائیڈ، رطوبت اور گرمی دور کردی گئی ہوں۔ کئی ایک مختلف خیمہ جات بیان کئے گئے ہیں۔ صفحہ ۴ الف میں جو خیمہ ہے اس میں سے گرمی اور رطوبت، برف سے بھرے ہوئے ظروف کے ذریعہ دور کیجاتی ہے کہ جو خیمہ کی چھت میں سے داخل کئے جاتے ہیں۔ CO_2 کو دور کرنے کے لئے فضا کو ایک سوڈا لائم (soda-lime) کے ڈبے میں سے ایک "مشرب" (injector) کے ذریعہ ترویح کیا جاتا ہے، کہ جس کو ایک پیچ کے ذریعہ استوانے کے سر کے ساتھ چپکا دیا جاتا ہے تاکہ استوانے کے اندر کا آکسیجن کا دباؤ ایک قوت محرکہ بہم پہنچائے (49)۔ خیمہ میں آکسیجن اور کاربن ڈائی آکسائیڈ کی مقدار فی صدی دریافت کرنے کے لئے ایک سریری آلہ موجود ہوتا ہے۔ ذات الریوی مریضوں پر شریانی وخز (arterial puncture) سے حاصل کردہ تجربی شہادت موجود ہے کہ خیمہ انفی قثاطیر کی نسبت زیادہ موثر ہے۔ خیمہ سے کئی زندگیاں بچ گئی ہیں، جو اگر انفی قثاطیر کے علاج پر اصرار کیا جاتا تو تقریباً یقیناً ضائع ہو گئی ہوتیں۔ مصنف ہذا نے آکسیجنی خیمہ کے ذریعہ ذات الریہ کی ۲۸ تشویشناک اصابتوں میں سے ۲۰ اصابتیں بچالی ہیں۔ سوال پیدا ہوتا ہے کہ آیا آکسیجن کے علاوہ CO_2 دینا چاہیئے یا نہیں۔ اس کے لئے دور میں CO_2 کا مکمل انجذاب روک دینا چاہیئے تاکہ مریض اس CO_2 کو جو کہ اس نے خود پیدا کی ہے جزوی طور پر دوبارہ سانس میں لے لے۔ مصنف ہذا کی رائے میں CO_2 کو شاید ذات الریہ کے ابتدائی درجوں میں دیا جا سکتا ہے اس غرض سے کہ تنفس کی گہرائی زیادہ ہو جائے اور ایک خفیف کھانسی واقع ہو اور مخاط کا وہ لزج صمام اکھڑ جائے کہ جو کہ سابقہ بیان کے مطابق مرض کا اولی سبب ہے۔ اس طریقہ سے مرض کو دبایا جا سکتا ہے۔ تاہم مرض کے آخری

157

درجوں میں جب کہ قلب تھک جاتا ہے، صرف آکسیجن استعمال کرنی چاہیئے۔ یہ ایک عجیب امر ہے کہ خیمہ میں ذات الجنبی درد اکثر زائل ہو جاتا ہے۔

فریڈلینڈر کا ذات الریہ

(Friedlander pneumonia)

اُن اصابتوں پر مشاہدات کرنے سے جن میں لختی ذات الریہ فریڈلینڈر کے عصیہ ذات الریہ کی وجہ سے ہوا ہے، معلوم ہوتا ہے کہ وہ عموماً ایک شدید مرض ہوتا ہے، جس کا انذار خراب ہوتا ہے۔ ایک مہلک اصابت میں شش سرخ رنگ کی نسبت، زیادہ ایک سیاہی مائل رمادی رنگ پیش کرتا ہے، اور تراش چپچپے (slimy) مخاط سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے۔ جوفیزوں میں کثیر التعداد عصیے اور تقشر پذیر سرطلمہ موجود ہوتا ہے۔ تقیح اور گنگرین اس سے زیادہ کثیر الوقوع ہوتے ہیں کہ جتنے معمولی قسم میں ہوتے ہیں، اور تپش زیادہ تغیر پذیر ہوتی ہے۔ فریڈلینڈر کے عصیہ کے ساتھ نبقۂ ریویہ بھی ہو سکتا ہے، اور اول الذکر لختکی اور لختی ذات الریہ دونوں کا سبب ہو سکتا ہے۔

شعبی ذات الریہ

(broncho-pneumonia)

[نازلتی (catarrhal)، لختکی (lobular) یا سرخسکی ذات الریہ (interstitial pneumonia)]

بحث اسباب۔ (۱) اوّلی شعبی ذات الریہ (primary broncho-pneumonia)۔ جب نبقۂ ریویہ خالص کاشت میں پانچ سال سے نیچے کے بچوں میں شش پر حملہ آور ہوتا ہے، تو وہ ایک تمثیلی لختی ذات الریہ (typical lobar pneumonia) پیدا کر سکتا ہے، لیکن وہ زیادہ اکثر شش کے جوفیزوں پر چکتیوں کی صورت میں حملہ آور ہوتا ہے۔ ایسی اصابتوں کو اوّلی شعبی ذات الریہ یا اوّلی لختکی ذات الریہ کہتے ہیں۔ اگر پھیپھڑوں میں چکتی دار توزیع (West)

(patchy distribution) سے قطع نظر کیا جائے تو یہ اصابتیں اوپر بیان کئے ہوئے لختی ذات الریہ سے مشابہ ہوتی ہیں، اور ان میں متلازم شعبی التہاب (bronchitis) نہیں موجود ہوتا۔ ان کے متعلق کچھ اور کہنے کی ضرورت نہیں۔ (۲) حقیقی شعبی ذات الریہ جسے بعض اوقات ثانوی شعبی ذات الریہ یا حاد خلوی ذات الریہ کہتے ہیں، ہمیشہ چھوٹے شعبات کے التہاب سے شروع ہوتا ہے اور گرد و پیش کے ہوائی حویصلات کے اندر پھیل جاتا ہے۔ یہ عموماً تین سال سے نیچے کی عمر والے بچوں میں واقع ہوتا ہے۔ یہ کھسرا اور کالی کھانسی کی کثیر الوقوع پیچیدگی کے طور پر ہوتا ہے، اور دوسرے ساری امراض (یعنی حمی قرمزیہ اور انفلوئنزا وغیرہ) کے بعد بھی ہوا کرتا ہے۔ خیال کیا جاتا ہے کہ شہروں میں رہنے والے، خراب تغذیہ رکھنے والے بچے شعبی ذات الریہ میں مبتلا ہونیکا زیادہ امکان رکھتے ہیں، اور غلب ہے کہ کساحتہ بھی اس کی استعداد پیدا کر دیتی ہے۔ بالغوں میں شعبی ذات الریہ ذرات غریبہ (foreign particles) بالخصوص حلق کے عفونی مادوں کے پھیپھڑوں کے اندر استنشاق سے واقع ہوتا ہے (استنشاقی ذات الریہ inhalation pneumonia)۔ یہ ڈفتھیریا کے شعبی نالیوں کی راہ سے نیچے شعیبات (bronchioles) تک پھیل جانے کا ایک عام نتیجہ ہوتا ہے۔ یہ اکثر کسی بھی طویل المدت لاغری پیدا کرنے والے مرض (wasting disease) میں ایک اختتامی واقعہ ہوتا ہے، بالخصوص بوڑھوں میں جو ہفتوں تک اضطجاعی حالت میں رہنے پر مجبور ہوئے ہوں۔ جب یہ ششش کے اسفل حصوں پر حملہ آور ہوتا ہے تو اسے رکودی ذات الریہ (hypostatic pneumonia) کہتے ہیں۔ یہ ان اعمال جراحیہ کے بعد ہو سکتا ہے جو عمومی عدم حسیت (general anaesthesia) کے تحت کئے گئے ہوں، اور ان لوگوں میں جو تقریباً غرقاب ہو گئے ہوں یہ موت کا ایک کثیر الوقوع سبب ہوتا ہے۔ مری کا سرطان (carcinoma of the œsophagus) ششش پر حملہ آور ہو کر اور ذات الریہ پیدا کر کے مہلک ہو سکتا ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ عفونی ذرات عروق دمویہ کے ذریعہ ششش میں پہنچ جائیں اور تقیح الدم (pyæmia) اپنے تقیحی ذات الریوی مراکز کے باعث ممیز ہوتا ہے۔ ان میں سے بہت سی اصابتوں پر عفونی ذات الریہ

(septic pneumonia) کی اصطلاح کا اطلاق کیا جاتا ہے۔

شعبی ذات الریہ کی جرثومیات پیچیدہ ہے، اور بہت سے جراثیم مختلف امتزاجات میں پائے گئے ہیں۔ ایک نوعی بخار مثلاً کھسرا یا انفلوئنزا کے متعلق یہ سمجھنا چاہیے کہ یہ فرد کی قوت مدافعت پر خاص اثر ڈالتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ پھیپھڑوں پر مختلف عضویے ثانوی طور پر حملہ آور ہو جاتے ہیں۔ ریاستہائے متحدہ کی فوج میں دم پاش نبقہ سبحیہ (hæmolytic streptococcus) ایک نہایت اہم عامل اور سب سے زیادہ مہلک پایا گیا، لیکن بعض موقعوں پر نبقۂ ریویہ، عصیہ انفلوئنزا (B influenzæ) اور نبقہ سبحیہ ذہبیہ (streptococcus-aureus) بھی موجود تھے۔ فریڈ لینڈر کا عصیہ، اور ڈفتھیریا کی اصابتوں میں کلیبس لافلر کا عصیہ (Klebs-Loffler bacillus) بھی پائے جاتے ہیں۔

مرضی تشریح۔ شعبی ذات الریہ میں تجمد شش کے طول و عرض میں گرہکوں کی شکل میں منتشر ہوتا ہے، جو اکثر جدا جدا ہوتی ہیں، لیکن باہم مل کر نسبتہً بڑے تودے بنا دینے کا رجحان رکھتی ہیں (التقائی شعبی ذات الریہ confluent broncho-pneumonia)۔ بایں ہمہ یہ گرہکیں آنکھ سے ایک دوسرے سے جدا جدا شناخت ہو سکتی ہیں۔ تراشنے پر جا مد شش متعدد چھوٹے رمادی مراکز پر مشتمل نظر آتا ہے، جو نزف، اذیما اور ہبوط (collapse) کے سیاہ و سرخ منطقوں سے گھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ شش نرم اور خستہ (friable) ہوتا ہے، اور نچوڑنے پر اس کی چھوٹی نالیوں سے پیپ کے ایک قطرے (bead) کا ارتشاح ہوتا ہے۔ اس عمل کو بعض اوقات تطحل الریہ (splenisation of the lung) کہتے ہیں۔ خرد بین سے دیکھنے پر ممیز و مخصوص ضررات یہ ہوتے ہیں: زنگی التہاب جو شعبی اور جوفیزی دیواروں کو ماؤف کرتا ہے، اور گرد شعبی التہاب عروق لمفائیہ (peribronchial lymphangitis) جن میں شدید اصابتوں میں مدر یز خلیے کثیر الاشکال (polymorphs) ہوتے ہیں۔ شعبہ اور جوفیزے کا دروں نازلتی مافیہ سے پُر ہو جاتا ہے، خاص کر بڑے دَرحلمی خلیوں سے۔ لیکن کچھ مدت والی اصابتوں میں شعبی اور ان کی ہم پہلو جوفیزی دیواروں میں نئی لیفی بافت کی تکوین موجود ہوتی

ہے۔ چنانچہ اس حالت پر خنکی شعبی ذات الریہ (interstitial broncho-pneumonia) کے نام کا اطلاق اکثر اسی مناسبت کی وجہ سے کیا جاتا ہے۔ شعیبات اور علقیت زدہ عروق لمفائیہ (thrombosed lymphatics) میں نبقات سبحیہ بہ افراط ہوتے ہیں۔ جب التہاب سطح تک پہنچ جاتا ہے تو عموماً کسی قدر ذات الجنب موجود ہوتا ہے۔ نہایت حاد اور مہلک اصابتوں میں لیفی بافت کی تکوین نہیں ہوتی اور نبقات سبحیہ جو فیزوں پر حملہ کرتے ہوئے نظر آتے ہیں۔ شش کے اندر پھوڑے بن سکتے ہیں۔

علامات اور طبیعی امارات۔ اول الذکر کھانسی، بہر اور ارتفاع حرارت (pyrexia) ہیں اور آخر الذکر منفصل ضررات کی وسعت اور جائے وقوع کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ اگر بچہ کو سابقہ شعبی التہاب کے باعث پہلے ہی سے کھانسی ہو کر سینہ پر خرخرات (rhonchi) اور لغطات (râles) موجود ہوں تو جو فیزوں کی ماؤفیت (implication) حرارت کے ۱۰۲ یا ۱۰۳ درجہ تک چڑھ جانے، کھانسی کے مختصر (short) خشک اور دردخیز ہو جانے اور لغطات (râles) کے زیادہ وافر ہو جانے اور متنغم (consonating) نوعیت اختیار کر لینے سے ظاہر ہوتی ہے۔ لیکن بہت سی اصابتوں میں ایسے خرخرات (rhonchi) نہیں موجود ہوتے اور طبیعی امارات ایک یا زائد ایسے رقبوں پر مشتمل ہوتے ہیں، جو کم یا بیش وسیع ہوتے ہیں، اور ایک یا دونوں پھیپھڑوں میں موجود ہوتے ہیں اور ان میں زیادہ تر تیز چٹخنے والے لغطات (sharp crackling râles) سنائی دیتے ہیں، جن کے ساتھ قرعی آواز بہت کم متغیر ہوتی ہے۔ یا طبیعی امارات ایسے رقبوں پر مشتمل ہوتے ہیں جو توزیع میں بے قاعدہ ہوتے ہیں، ساتھ ہی کافی تعداد میں منجمد لختکوں کے اجتماع کے باعث ان پر صمیت، شعبی تنفس اور شعبی صوتیت (bronchophony) ہوتی ہے۔ جوں جوں مرض ترقی کرتا ہے ایسے رقبے بڑھ یا گھٹ سکتے، اور پھیل یا صاف ہو سکتے ہیں۔ بُساق (sputum) مخاط یا مخاطی ریم پر مشتمل ہوتا ہے، جس کے ساتھ خون کی دھاریاں کبھی ہوتی ہیں اور کبھی نہیں ہوتیں۔ لیکن نوعمر بچے اسے عموماً نگل جاتے ہیں۔ استثنائی آزادانہ نفث الدم (hæmoptysis) ہو سکتا ہے۔

مرض کا ثمر اس قدر متعین نہیں ہوتا جس قدر کہ نبتی ریوی ذات الریہ میں۔ ممکن ہے کہ مرض ایک ہفتہ میں ختم ہو جائے، لیکن اکثر وہ تین یا چار ہفتوں، بلکہ زائد تک قائم رہتا ہے۔ تپش عموماً مُتفتّرَہ (remittent) بلکہ متوقف (intermittent) ہوتی اور اکثر تحلل سے (by lysis) گرتی ہے۔ وہ بہت بیقاعدہ ہوسکتی ہے۔ سانس تیز اور منقلب (inverted) ہوتی ہے، جو تشخیص میں اکثر نہایت مفید ہوتا ہے۔ ایک سریع الوقوع شہیق (inspiration) ہوتا ہے، پھر نصف سیکنڈ کے لئے سانس رُوک لی جاتی ہے، پھر زفیر (expiration) ایک غرغراہٹ (grunt) کے ساتھ واقع ہوتا ہے اور پھر اُس کے بعد بلاکسی وقفے کے دوبارہ شہیق واقع ہوتا ہے۔ دورانِ شہیق میں نیچے والی بین الاضلاع فضائیں دَب جاتی ہیں۔ کھانسی بہت ہوتی ہے۔ چہرہ سُرخ تمتما اُٹھتا ہے، یا زیادہ شدید اصابتوں میں پھیکا اور کبود ہو جاتا ہے۔ نبض تیز اور صغیر (small) ہوتی ہے۔ ہذیان اکثر موجود ہوتا ہے۔ امارات اکثر دورانِ مرض میں بار بار بدل جاتے ہیں، جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ مرض ایک حصے میں صاف ہو گیا ہے، اور دوسرے حصوں میں تازہ حملے ہو رہے ہیں۔ مرض اکثر دونوں پھیپھڑوں پر حملہ آور ہوتا ہے۔ شفایابی زیادہ تر تدریجی ہوتی ہے، نہ کہ نبتی ریوی ذات الریہ کی طرح ناگہانی۔ موت سے پہلے تشنجات (convulsions) ہوسکتے ہیں۔

تشخیص۔ شعبی ذات الریہ اُس کے ابتدائی درجات میں دوسری حاد بیماریوں سے جن میں تیز بخار ایک ممیز خصوصیت ہو، غلط ملط ہوسکتا ہے، جیسے کہ تپ محرقہ سے۔ اور چونکہ بچوں میں ہر حاد بیماری کی وجہ سے نمایاں دماغی علامات پیدا ہو جانے کا امکان ہوتا ہے، لہٰذا ممکن ہے کہ اِس وجہ سے التہاب سحایا کی تشخیص کرلی جائے۔ اسی شعبی التہاب اور صدری علامات کے غلبہ کی وجہ سے ممکن ہے کہ غلطی کا ارتکاب نہ ہو، لیکن ممکن ہے کہ چند روز تک رائے کو ملتوی کرنا پڑے۔ طویل المدت شعبی ذات الریہ تدرن (tuberculosis) کا شبہ پیدا کرسکتا ہے، جس میں تیز بخار، ہر جگہ پھیلے ہوئے لغلغات (râles) کبودی اور کھانسی نمایاں علامات ہوتے ہیں۔ شعری شعبی التہاب (capillary bronchitis) میں بُہر (dyspnœa) کبودی اور لغلغات موجود ہوتے ہیں، لیکن یہ لغلغات عموماً قاعدوں تک محدود ہوتے

ہیں۔ شعبی تنفس نہیں ہوتا۔ ممکن ہے کہ ریبی نفث بکثرت ہو۔ التقائی شعبی ذات الریہ (confluent broncho-pneumonia) کی لختی ذات الریہ سے تشخیص مشکل ہو سکتی ہے۔ آخر الذکر حالت میں ششش پر کے امارات زیادہ یکساں ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ بحران (crisis) ہو جائے۔ شعبی ذات الریہ میں التہاب شعیبات (bronchiolitis) موجود ہوتا ہے، جیسا کہ دونوں پھیپھڑوں میں کے تغیر پذیر ٹوٹا ہی والے متنغم لغطات (consonating râles) سے ظاہر ہوتا ہے، اور چونکہ چکیتا التہابی عمل کے نمو کے درجہ میں ایک دوسرے سے مماثل نہیں ہوتیں، لہذا اصوات تنفس صبائی تنفس (puerile breathing) سے لیکر تغیر پذیر ارتفاع (varying pitch) کے، کامل نمو یافتہ، شعبی تنفس تک اختلاف پذیر ہوں گے۔ لیکن خاص امتیاز یہ ہے کہ شعبی ذات الریہ میں بخار زیادہ طویل اور انحلال (resolution) زیادہ آہستہ ہوتا ہے۔ ایک مثالی شعاع نگاشت صفحہ نمبر ۱۲ جا صفحہ 156 میں دکھائی گئی ہے۔

159

انذار۔ اگرچہ اس قسم کا ذات الریہ، تبقی ریوی قسم کی نسبت بہت زیادہ مہلک ہوتا ہے، کسی دی ہوئی اصابت میں انذار کا انحصار علامات کی عام رفتار پر ہونا چاہیے۔ وہ اصابتیں جو بظاہر یاس انگیز (desperate) ہوتی ہیں اکثر شفایاب ہو جاتی ہیں، لہذا ناموافق رائے دینے میں کسیقدر احتیاط کی ضرورت ہے۔ بوڑھوں کے شعبی ذات الریہ میں، اور اس میں جو جامد ذرات کے استنشاق کے سبب سے ہو، انذار زیادہ خطرناک ہوتا ہے۔

علاج۔ علاج انھیں عام اصولوں پر کرنا چاہیئے جو معمولی ذات الریہ کی حالت میں اختیار کئے جاتے ہیں۔ کمرہ خوب ترویح دار ہونا چاہیے، جس میں مریض کو ہوا آزادانہ طور پر پہنچتی ہے۔ کھلی ہوا کا علاج کامیابی کے ساتھ آزمایا گیا ہے۔ اگر تنفس میں دقت ہو یا کبودی موجود ہو تو آکسیجن طویل عرصوں تک مسلسل دینا چاہیئے، اور آکسیجنی خیمہ خصوصیت سے موزوں ہے۔ ریوی افراز خشک کرنے کے لئے ٹنکچر بیلاڈونی (tr. belladonnæ) ۳ تا ۵ قطروں کی مقداروں میں بالکل چھوٹے بچوں کو دیا جا سکتا ہے۔ بعض اوقات ایٹروپین (atropine) کے اشرابات بھی دئے جاتے ہیں۔ منفثات (expectorants) چھوٹے بچوں کے لئے عموماً ناپسندیدہ

ہیں، کیونکہ وہ بُصاق کو کھانسکر نکالنے کی قوت نہیں رکھتے۔ شدید اصابتوں کے لئے اکثر مہیجات (stimulants) کے قدرے آزادانہ استعمال کی ضرورت ہوتی ہے، مثلاً تین یا چار برس کے بچے کے لئے برانڈی (brandy) کے ۲۰ قطرے ہر گھنٹے۔ یا لائکر اسٹرکنین (liquor strychnine) کے ۱ یا ۲ قطرے اس عمر میں روزانہ دو یا تین بار مشرب کئے جا سکتے ہیں، اور شیرخواروں میں نسبتہً کم مقداریں۔

خراج شش

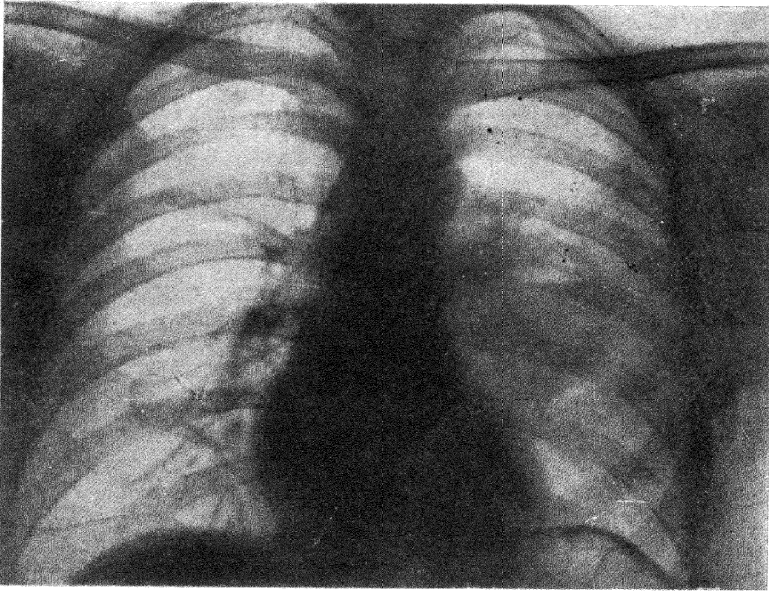
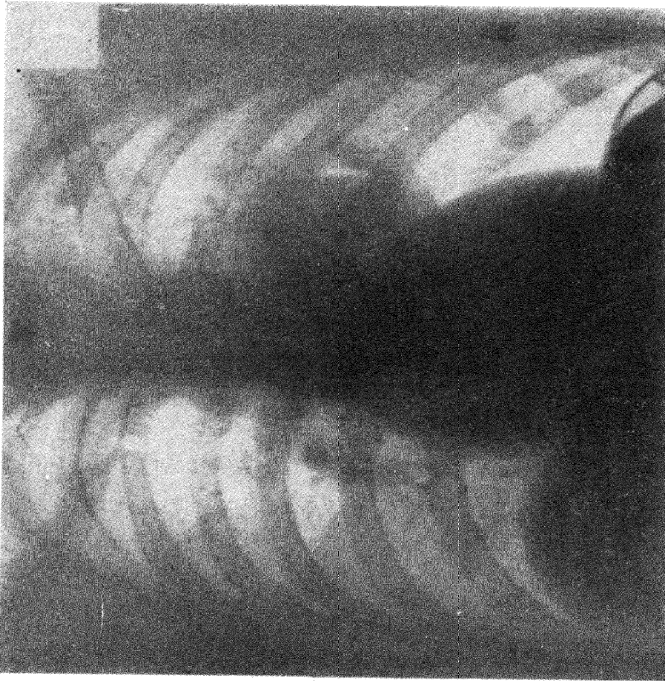
(abscess of the lungs)

پھیپھڑے کا پھوڑا تقیح الدم کا، یا حاد ذات الریہ کا نتیجہ ہو سکتا ہے۔ یہ انہی عوامل سے پیدا ہو سکتا ہے کہ جو شش کا گنگرین واقع کرتے ہیں، (حوالہ ملاحظہ ہو) یا قرب و جوار کے تقیح مثلاً دبیلہ یا زیر ڈائفرامی خراج، یا کیسیتی مرض، یا شعاع فطربیت کے پھیل جانے سے پیدا ہو سکتا ہے۔ تجمد شش سے خراج کی تفریقی تشخیص مشکل ہوتی ہے تا وقتیکہ خراج پھوٹ کر پیپ خارج نہ کر دے۔ پھر اس کے اساسی امارات (cardinal signs) یہ ہوتے ہیں:- (۱) ریمی بُصاق، جو ممکن ہے کہ بدبودار ہو (foul) (۲) کھانسی اور دھماکے کے ساتھ نفث (explosive expectoration)۔ (۳) بُصاق کے اندر لچکدار بافت اور جوفیزی ترتیب۔ (۴) قرع کرنے پر محدود (circumscribed) اصمیت۔ (۵) لاشعاع سے ایک کہفہ اور اس میں سیال کے لیول کا نظر آنا۔ جب اس کہفہ کا سیال مافیہ کھانسی سے باہر نکل چکا ہو تو کہفہ کے معمولی امارات موجود مل سکتے ہیں، جیسے کہ کہفہ بڑا ہونے کی صورت میں طبلی گمک، کہفکی (cavernous) یا قدری (amphoric) تنفس، فلزی جھنکار (metallic tinkling) اور صدر کلامی (pectoriloquy)۔ تقیح الدم کے متعدد چھوٹے چھوٹے پھوڑے، کہفوں کے طور پر نہیں شناخت کئے جا سکتے۔ فی الحقیقت اُن کی موجودگی عموماً گرد و پیش کے تجمد، یا ذات الجنبی انصباب کی وجہ سے مخفی رہتی ہے (صفحہ ۵)۔

انذار اور علاج۔ شعبہ بینی (bronchoscopy) نے انذار میں ایک انقلاب پیدا کر دیا ہے۔ یہ مشاہدہ کر کے کہ پیپ کس شعبہ سے آ رہی ہے خراج کا مقام

صحفہ ۵

الف

ب

الف اور ب ۔ پھیپھڑے کا پھوڑا۔ خراجی کہفہ میں پیپ کا سیال لیول دکھانے کے لئے یہ انتصابی اور جانبی وضعوں میں لی گئی ہیں۔ صحفہ ۲ ب صفحہ 137 سے مقابلہ کرو۔ (شعاع نگاشتیں مسٹر لنڈ سے لاک نے لی ہیں)

متعین کیا جاتا ہے، اس کے بعد اصول یہ ہے کہ تسدد کو جو ممکن ہے مکمل یا جزوی یا معرائی نوعیت کا ہو دور کر دیا جائے۔ پیپ کو خراجی کہفہ میں سے ممصوص کر لیا جاتا ہے اور پھر اس میں گومینال (gomenol) کا تیل ٹیکا دیا جاتا ہے۔ جب پیپ کا بڑا حصہ نکل جائے، تو سب سے نیچے کی تہ کی کاشت کرنے سے ساری عامل حنا نقص کاشت میں حاصل ہوتا ہے اور اس سے ایک جدرین تیار کی جا سکتی ہے۔
ونسنٹ (Vincent) کا مرغولچہ (spirillum) اور تکلہ نما عصیہ (fusiform bacillus) غیر عام نہیں ہیں۔ کہفہ کی جسامت اور شکل شعبہ بین کے ذریعہ لپیا ڈال (lipiodol) ٹیکا کر متعین کی جا سکتی ہے۔ واحد شعبہ بینی سے شفایابی ہو سکتی ہے، اگر نہ ہو تو اسکا تکرار کرنا چاہیئے۔ دیگر عوامل جو تقیح پیدا کرتے ہیں شعبہ بینی کے ذریعہ حسب ذیل دریافت ہوئے ہیں، کھانسی کے معکوسہ کا کمزور ہونا، مارفیا اور اٹروپین کی بیش مقداری (overdosing) شاذ طور پر جسم غریبہ یا غیر خبیث نمایہ کی موجودگی مثلاً سعدانہ، اور شاذ سرائتیں مثلاً نہوضی فطریت (actinomyiosis) اور شعاع فطریت (blastomycosis) -(64)

160

لیفی شش

(fibroid lung)

[تلیف شش (fibrosis of the lung)، مزمن ذات الریہ (chronic pneumonia)]

بحث اسباب۔ مرض شش کی یہ شکل مقابلۃً شاذ ہوتی ہے، الا بچوں میں، وجہ یہ ہے کہ بالغوں میں ریوی بافت کے مزمن التہابات غالب تعداد میں تدرن کے ساتھ متلازم ہوتے ہیں۔ وہ اصابتیں جن میں ایک مزمن التہاب تدرن سے الگ واقع ہوتا ہے، اور جنھیں لیفی شش (fibroid lung) کا نام دیا گیا ہے صرف شاذ حالتوں میں ایک پیش رو حاد لختی ذات الریہ (acute lobar pneumonia) سے پیدا ہوتی ہیں۔ لیکن شعبی ذات الریہ ایک زیادہ کثیر الوقوع پیش رو ہوتا ہے۔ دوسری مثالوں میں مزمن شعبی التہاب (chronic bronchitis)

اور ذات الجنب (pleurisy) سبب ہوتے ہیں

لیفی تشش کا ایک اہم گروہ وہ ہے جو مختلف کارخانوں اور کانوں میں کام کرنیوالے کاریگروں میں ہوتا ہے اور جسے تترب الریہ (pneumokoniosis) کہتے ہیں۔ اس میں کوئلہ، دھات، مثلاً کرنڈ (emery) کا رپتھر (quartz)، روئی کے ریشے، روؤں (fluff) وغیرہ کی گرد سے بھرے ہوئے کرۂ ہوائی کا متواتر استنشاق ایک طویل المدت منبع خراش ثابت ہوتا ہے۔ اس امر کے لحاظ سے کہ متعلقہ خراش آور کیا ہے، اس مرض کے نام مختلف ہوتے ہیں، مثلاً تشش فحمیت (anthracosis) (کوئلہ کے برادے سے) ریوی صوانیت (silicosis) (پتھر کے ریزوں سے جو کہ بعد میں بیان کی جائے گی) ریوی اسبستوسیت (asbestosis) (اسبسٹاس سے)۔

مرضی تشریح۔ تلیف (fibrosis) تشش کا ممیز مظہر ہوتا ہے جب لیفی تشش ذات الریہ یا شعبی التہاب سے پیدا ہو جاتا ہے تو لیفی ساخت کے ڈورے جو تشش میں سے عبور کرتے ہیں، نسبتہً چھوٹے شعبات کی دیواروں کے التہاب سے، اور گرد شعبی التہاب عروق لمفائیہ (peri-bronchial lymphangitis) سے پیدا ہوتے ہیں (جیسا کہ شعبی ذات الریہ میں بیان ہو چکا ہے) جس کی وجہ یہ ہے کہ انبوبات کا ورم دانہ داریکی بافت (granulation tissue) سے بالکل مسدود ہو جاتا ہے۔ چنانچہ یہ انطماسی شعیباتی التہاب (obliterative bronchiolitis) دراصل وہی عمل ہے جو تمدد الشعب (bronchiectasis) پیدا کرتا ہے، باستثنا اس کے کہ آخر الذکر حالت میں نسبتہً بڑے انبوبات ماؤف ہو کر کھفے بن جاتے ہیں۔ اسی وجہ سے تمدد الشعب اور لیفی تشش عموماً ایک دوسرے سے متلازم ہوتے ہیں لیکن اگر التہابی عمل صرف چھوٹے انبوبات تک محدود ہو تو صرف لیفی تشش پیدا ہو جاتا ہے (10) لیفی بافت کی اس بالیدگی کے ساتھ انقباض واقع ہو جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ تشش کی قدرتی جسامت گھٹ کر صرف دو ثلث یا آدھی ہو جائے۔ تشش کے انقباض کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ احشار اپنی جگہ سے ہٹ جاتے ہیں، اور چونکہ عموماً صرف ایک ہی جانب ماؤف ہوتی ہے لہٰذا واسط (mediastinum) اسی سمت کھنچ

آتا ہے۔ آخری درجوں میں ممکن ہے کہ سارا شش متغیر ہو کر لیفی بافت کا ایک کثیف تودہ بن جائے اور صبغہ کی موجودگی کی وجہ سے مختلف چھاؤں کا رمادی رنگ ظاہر کرتا ہے (of various shades of grey) اور قوام میں لوچدار (tough) اور چاقو سے کاٹنے پر کرکرا (creaking) ہوتا ہے۔ پلیورازاد (pleurogenous) اصابتوں میں ان ڈوروں کی پیدایش کا طریقہ غالباً مختلف ہوتا ہے، اور ان اصابتوں میں شش ایک دبیز لیفی تہ کے ذریعہ سینہ سے مثبت ہوتا ہے۔

علامات اور مظہر۔ یہ مرض عموماً مزمن ہوتا ہے، اور وہ مریض جن میں یہ شناخت میں آجاتا ہے، عموماً پہلے مہینوں یا برسوں شکایت کرتے رہے ہیں۔ مریضوں کی سانس پھول جاتی ہے، اور انھیں کھانسی اور نفث (expectoration) ہوتے ہیں، جو شش کے کہفوں کی وسعت کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو تمدد الشعب: bronchiectasis) مریض اکثر دبلا پتلا ہوتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ خوب تغذیہ یافتہ (well nourished) ہو، اور بہرحال وہ کچھ عرصہ کے لئے اس بخار، شب عرقی (night sweating) اور عام بنیتی اختلال سے مبرا ہوتا ہے، جو کہ سل ریوی میں مشاہدہ میں آتے ہیں۔ نفث الدم اکثر موجود ہوتا ہے۔ یہ مرض عموماً یک جانبی ہوتا ہے۔ سینہ کی تناظر جانب بازکشیدہ (retracted) شانے دبے ہوئے اور عظم الکتف کا زاویہ باہر کو ہٹا ہوا ہوتا ہے۔ صدم القلب ماؤف جانب کے طرف ہٹا ہوا ہوتا ہے، اور سینہ کی تندرست جانب بیش گمکی (hyper-resonant) ہوتی ہے۔ ماؤف جانب صرف خفیف سی پھیلتی، اور قرع کرنے پر اصم (dull) ہوتی ہے۔ جب چھوٹی نالیاں مطموس ہوتی ہیں تو ہوا کا داخلہ کم ہوتا ہے، ورنہ شعبی تنفس، شعبہ صوتی (bronchophony)، صدر کلامی (pectoriloquy) اور متنم لفظات ہوتے ہیں۔ لمسی صوتی خفیف (tactile vocal fremitus) تغیر پذیر ہوتا ہے۔ ماؤف شش لاشعاعوں سے کچھ غباشت (opacity) ظاہر کرتا ہے، اور پسلیاں "کھپریل پن" ("roof tiling") ظاہر کرتی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 168)۔ اکثر انگلیوں کے سروں کی دبازت یا انگرنہ شکلی ("clubbing") (ملاحظہ ہو صفحہ 565) نمایاں ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ بالآخر راست جانبی فشل قلب موجود ہو۔

تشخیص۔ اس حالت کو سلِ ریوی (phthisis) مزمن انصبابی ذات الجنب (chronic pleurisy with effusion) اور سینہ کے اندر کی خبیث بالیدگی (malignant growth) سے شناخت کرنا پڑتا ہے۔ سلِ ریوی سے شناخت کرانے والا خاص مظہر، بخارکی اور بینئی اختلال کی عدم موجودگی ہے۔ یہ مرض اکثر سختی کے ساتھ یک جانبی اور قاعدی ہوتا ہے، برخلاف سلِ ریوی کے، جو عموماً راسی ہوتی ہے، اور دوسرے شُش کو ماؤف کئے بغیر شاذ ہی ایک شُش کے اندر ترقی یافتہ درجہ تک پہنچتی ہے۔ علاوہ ازیں بُصاق میں عصیاتِ تدرّن نہیں پائے جاتے۔ دیرینہ ذات الجنبی انصباب (pleuritic effusion)، جسکے ساتھ سینہ بازکشیدہ ہو، لیفی شُش سے قریبی طور پر مشابہت رکھ سکتا ہے اور ممکن ہے کہ تشخیص کو صاف کرنے کے لئے سوئی کے ذریعہ استقصا (exploration) کی ضرورت پیش آئے۔ درون صدری سرطانی سلعہ (intrathoracic carcinoma) کی سرگذشت قلیل المدت ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ درد اور وسیع تجمّدیوں اور دباؤ یا قلب کی غیروضعیت (displacement) کی علامتیں موجود ہوں۔ لاشعاعی امتحان ہمیشہ عمل میں لانا چاہیئے، اور اسی طرح شعبہ بینی۔

انذار بالآخر خراب ہوتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ مرض کا مرنہایت سست ہو، اور دس یا پندرہ سال کی وسعت رکھتا ہو۔ بچے بعض اوقات شفایاب ہوجاتے ہیں۔ موت دائیں قلب کے فشل (failure) سے، یا بتدریج بڑھتی ہوئی خستگی (exhaustion) سے، جو وافر مواد خارج ہونے کے بعد واقع ہوجاتی ہے، یا انتقالی (metastatic) خراج اور خاص کر دماغی خراج سے واقع ہوسکتی ہے۔

علاج۔ مریض کو حتی الامکان بہترین آب و ہوا میں اور صحی حالات میں رکھنا چاہیئے۔ اُسے گرما میں تازگی بخش ہوا (bracing air) لیکن سرما میں ایک گرم آب و ہوا ملنی چاہیئے۔ ہر زمانہ میں سردی لگنے سے بچنا چاہیئے۔ اور مغذی خوراک، اور مقویات، جیسے کونین، فولاد (iron) اور کاڈلیور آئیل (روغن جگرِ ماہی) استعمال کرنے چاہئیں۔ کھانسی، نفث، اور دوسرے علامات، جیسے جیسے کہ وہ پیدا ہوتے جائیں ان کا علاج اُسی طریقہ سے کرنا چاہیے جس کی ہدایت سلِ ریوی

اور شعبی التہاب اور تمدد الشعب (bronchiectasis) کے تحت کی گئی ہے۔

شش فحمیت۔ کوئلہ کی کان کھودنے والے کی زندگی صحت مندانہ ہوتی ہے، گوکہ ایسا ہونا تعجب انگیز ہے کیونکہ ششوں میں کاربن کی بہت بڑی مقدار کا جماؤ پایا جاتا ہے، یہاں تک کہ وہ خالی آنکھ کو سیاہ نظر آتے ہیں۔ کاربن تدرن کے خلاف حفاظت کرتی ہے۔ تاہم بعض رقبوں مثلاً جنوبی ویلز (South Wales) میں ریوی صوّاتیت (silicosis) واقع ہو کر مزمن ریوی مرض سے موت واقع ہو جاتی ہے، لیکن ان کان کنوں میں بھی جو کہ دوسرے اسباب سے مرے ہوں، ششوں میں پتھر کے ریزوں کی مقدار طبعی سے بہت زیادہ ہوتی ہے (51)۔

ریوی صوّانیت (silicosis)۔ یہ ایک وسیع طور پر پھیلا ہوا صنعتی مرض ہے، جس کے لئے کاریگر کو معاوضہ طلب کرنے کا حق حاصل ہے، اور جنوبی افریقہ میں توجہ کے ساتھ اس کا مطالعہ کیا گیا ہے، کیونکہ وہاں یہ رینڈ (Rand) کی سونے کی کانوں میں پھیلا ہوا ہے (52)۔ سادہ قسم میں پتھر کے ریزے شش اور جذری غدود (root glands) کا گریکی تلیف پیدا کرتے ہیں۔ ان سے لاشعاعی فلم میں ایک یا دونوں ریوی میدانوں کے بالائی نصفوں میں ایک ممیز یکساں غیر متلقی چتی دار منظر (mottling) پایا جاتا ہے جو کہ بعد ازاں عمومی ہو جاتا ہے۔ غباشتیں (opacities) بالعموم اس سے تیز تر اور واضح تر ہوتی ہیں کہ جتنی عمومی تدرن میں ہوتی ہیں، اگرچہ مشابہت قریبی ہوتی ہے۔ ایک ابتدائی منظر جو کہ شک پیدا کرتا ہے، ایک بے برگ درخت کی مانند عمومی تشجر (arborisation) ہے جو کہ ششوں میں شعبی یا شاید عروقی درخت کی کثافت بڑھ جانے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ ابتدا میں علامات بالکل نہیں ہوتے، لیکن بعد میں کھانسی، متوالی "زکام"، سانس پھولنا اور معتدل نفث پایا جاتا ہے گوکہ لاغری بالکل نہیں ہوتی۔ ممکن ہے ذات الجنب بھی ہو۔ سادہ قسم میں تدرن کا اضافہ ہو جاتا ہے کیونکہ استنشاق کے بعد پتھر کے ریزے آبیدگی کی وجہ سے لسونتی سلسک ترشہ (silicic acid) میں تبدیل ہو جاتے ہیں۔ دھاتی سلیکیٹ (silicates) بھی بافتوں کی CO_2 کے ذریعہ سلسک ترشہ میں تبدیل ہو جاتے ہیں۔ آخر الذکر کی وجہ سے ایک اریکی سلی تودہ ظہور میں آتا ہے جس میں

تحجر کا ایک مرکزی حصہ اور اس کے گرداگرد التہابی تہیں ہوتی ہیں۔ عصیات درنیہ، جو کہ اتنی تھوڑی تعداد میں موجود ہوتے ہیں کہ معمولی حالات میں بافتیں ان سے نپٹ سکتی ہیں، مرکزی رقبہ میں سرعت سے تکاثر کرتے ہیں اور تعداد میں اتنے بڑھ جاتے ہیں کہ مقامی دفاعی قوتیں ان سے عاجز آجاتی ہیں اور وہ دوسرے حصوں میں پھیل جاتے ہیں (50)۔ لاشعاعی فلم میں سکے غیر شفاف رقبہ جات جسامت اور توزیع میں زیادہ بے قاعدہ ہوجاتے ہیں، نافچوں کے سایے زیادہ نمایاں ہوجاتے ہیں، اور اصابت ایک پورے طور پر نمویافتہ غیر مشکوک ریوی تدرن کی ہوجاتی ہے۔ مرض کی تحریز یہ ہیں:۔ گرد سے بچاؤ کی غرض سے دن بھر کے کام کے بعد ہوا کے جھکڑ سے صفائی کردینا (blasting)، گرد کو بٹھانے کی غرض سے پانی، اور عمدہ ترویح۔

ریوی اسبستوسیت (asbestosis)۔ اسبستوس، لوہے اور ایلومنیم (aluminium) کا ایک سلیکٹ (silicate) ہے۔ مرض نہایت ہی مخفی طور پر بڑھتا ہے، چنانچہ یہ ۶ سے لیکر ۱۲ سال کے کام کے بعد نمویاب ہوتا ہے۔ زیریں لختے خاص طور پر ماؤف ہوتے ہیں، اور ایک منتشر تلیف اور پلورا کی بڑھی ہوئی دبازت ظاہر کرتے ہیں۔ ڈائفرام دبیز اور غضروف کی طرح سخت ہوتا ہے اور ششش کے قاعدے میں مداخلت کرتا ہے، اور لاشعاعی فلموں میں اس کی بالائی سطح ایک نہایت ہی ممیز بے قاعدہ یا گالے جیسا منظر پیش کرتی ہے۔ آخرکار تمدد الشعب رونما ہوجاتا ہے۔ اس امر کے متعلق کچھ شک ہے کہ آیا تدرن پیدا ہونے کا کوئی خاص احتمال ہوتا ہے۔ بصاق میں ممیز "اسبستوسی اجسام" ("asbestosis-bodies") پائے جاتے ہیں لیکن باقی ہر طرح سے علامات لیفی ششش کے ہوتے ہیں۔

ششش کی گینگرین

162

یہ ایک مقابلۃً شاذ عارضہ ہے، لیکن مختلف حالات میں پیدا ہوسکتا ہے۔
ششش کی گینگرین حاد لختی ذات الریہ (acute lobar pneumonia)

کا ایک طریقہ انسداد ہے، بالخصوص اُن اصابتوں میں جن کا انحصار فریڈلینڈر کے عصیہ پر ہو اور شاذ طور پر یہ سل ریوی میں واقع ہو جاتی ہے۔ اس کے پیدا ہونے کے مزید طریقے یہ ہیں۔ ششش پر ہم پہلو مرض، مثلاً مری کے سرطانی سلعہ، خراجات، اور متقیح کیسیتی دودیروں (suppurating hydatid cysts) کے حملہ آور ہونے کے نتیجہ کے طور پر جذر ششش (root of the lung) پر اَنورسما کے دباؤ سے، اور سینہ کی چوٹوں سے جو ذات الریہ یا تقیح الصدر پیدا کر دیں۔ شعبہ میں پھنسے ہوئے اجسام غریبہ کی وجہ سے، اور متسع انبوبات کے اندر رُکے ہوئے افرازات کی موجودگی سے۔ دہن، حلق، حنجرہ، مری یا واسط (میڈیاسٹائنم) کے عفونی امراض [مثلاً زبان یا حنجرہ کے سرطانی سلعہ، لوزتین کے اغثاث (sloughing)، ڈفتھیریا، مری کے سرطانی سلعہ] سے نکلے ہوئے ذرات کے پھیپھڑوں کے اندر چلے جانے سے۔ ششش کے اندر غذا کے ذرات اتفاقاً یا قئے کی اثنا میں کھنچ کر چلے جانے سے، بالخصوص اُن اشخاص میں جو مخمور (drunk)، مجنون، تومازدہ (comatose) ہوں یا شلل حنجرہ (laryngeal paralysis) میں مبتلا ہوں۔ یا سرایت زدہ پانی سے جو غرقابی کے دوران میں سانس کے ساتھ اندر چلا گیا ہو۔ بعض اوقات ششش کی گنگرین التہاب اُذن (otitis)، قروح الفراش (bedsores)، نفاسی عوارض (puerperal disorders) وغیرہ کے بعد تقیح الدم پیدا ہونے سے ہو جاتی ہے۔ یہ گندیدگی زا عضویات (putrefactive organisms) جن میں عصیۂ ویلچ (Bacillus Welchii) بھی شامل ہے، کی موجودگی سے پیدا ہوتی ہے۔

مرضی تشریح۔ ششش کا ماؤف حصہ میلے، سبزی مائل بھورے، یا سیاہ رنگ کا ہوتا ہے، نرم ہوتا ہے، بہ آسانی ٹوٹ جاتا ہے، بلکہ متموہ (diffluent) ہوتا ہے، اور اُس میں سے اکثر بدبو نکلتی ہے۔ وہ عموماً متجمد ذات الریوی بافت سے گھرا ہوا ہوتا ہے، جس میں وہ بتدریج منتقل ہو جاتا ہے، یا جس سے وہ ایک خطِ فاصل کے ذریعہ کم و بیش فوری طور پر جدا معلوم ہوتا ہے۔ چنانچہ یہ ضرر بعض اصابتوں میں منتشر ہوتا ہے اور دوسری اصابتوں میں محدود گنگرینی بافت ممکن ہے کہ ٹوٹ پھوٹ کر نفث کے ذریعہ خارج ہو کر ایک کہفہ چھوڑ دے، جس کی دیواریں

پھٹی ہوئی (ragged) اور پارہ پارہ (shreddy) ہوتی ہیں۔ اور کبھی ایسا کہفہ ایک پلیورائی تاجیہ (pleural sac) میں وا ہو کر ریمی استرواح الصدر (pyo-pneumothorax) پیدا کر دیتا ہے۔

علامات۔ شش کی گنگرین جیسی کہ وہ اکثر ایک ثانوی ضرر کے طور پر موت سے عین پہلے واقع ہوتی ہے' بآسانی نظر انداز ہو سکتی ہے۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ اس کے علامات بجائے خود نمایاں ہوں' یا اوّلی ضرر کے علامات کو ڈھانک دیں۔ نفث نتن (fœtid expectoration) اور سانس کی بدبو نہایت نمایاں ہوتے ہیں۔ آخر الذکر نہایت تیز ہو سکتی ہے۔ یہ بڑے فاصلہ تک پہنچتی ہے' اور ایک ہی کمرے میں مریض کے ساتھ دوسرے شخصوں کا رہنا تقریباً ناممکن کر دیتی ہے۔ بُصاق میلا رمادی یا سبزی مائل بھورا' یا متغیّر شدہ خون کی وجہ سے سیاہ ہوتا ہے۔ اور اس میں یا تو گنگرینی شش کی بافت کی دھجیاں (fragments) پائی جاتی ہیں' یا خردبین سے تمثیلی لچکدار ریشے پہچانے جاتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 170)۔ کبھی نفث الدم (hæmoptysis) واقع ہوتا ہے۔ کھانسی' درد پہلو' اور بے قاعدہ اور اکثر متوقف ارتفاع حرارت (intermittent pyrexia) بھی موجود ہوتے ہیں۔ طبیعی امارات تجمّد اور کہفہ کے ہوتے ہیں جو مرض شش کی وسعت سے متناسب ہوتے ہیں یعنی اصمیت (dulness)' شعبی یا کھنکی تنفس' شعبہ صوتی' اور اوسط درجہ کے یا موٹے لغطات۔ لیکن تشخیص میں اُن کی قیمت کا انحصار بڑی حد تک ماسبق مرض پر ہونا چاہیے' بشرطیکہ ایسا کوئی موجود ہو۔ ممکن ہے کہ مرض قشعریرہ اور درد پہلو کے ساتھ شروع ہو' یا نفث الدم کے ساتھ یا تپ کے متوالی حملوں اور بدبودار نفث کے ساتھ۔ بیشتر اصابتوں میں انکے بعد انبطاح (prostration) اور اس کے ساتھ نبض تیز اور صغیر اور زبان خشک ہوتی ہے' اور تھوڑے ہی عرصہ میں موت واقع ہو جاتی ہے۔ لیکن بعض اصابتیں مہینوں یا برسوں تک قائم رہتی ہیں' اور اُن میں شدت علامات میں بہت تغیر و تبدل ہوتا رہتا ہے' لیکن ایک مہلک انجام ناگزیر ہوتا ہے۔ اور چند اصابتوں میں' جن میں گنگرین کی غالباً ایک چھوٹی چکتی ہی موجود ہوتی ہے'

فی الحقیقت شفایابی واقع ہو جاتی ہے۔

علاج۔ یہ بدبودار شعبی التہاب (fœtid bronchitis) یا تمدد الشعب (bronchiectasis) کے علاج سے مشابہ ہوتا ہے۔ آرسینوبینزال (arsenobenzol) یا نووارسینوبینزال (novarsenobenzol) سے کامیابیاں حاصل ہوئی ہیں۔ بعض اوقات ضد عفونت شگاف (antiseptic incision) اور زخم کی مسیلیت (drainage) کے جرّاحی علاج سے ایک گنگرینی کہفہ علاج پذیر ہوتا ہے یا شعبہ بینی استعمال کی جاسکتی ہے۔ عملیہ پر اُس وقت غور کرنا چاہیے جب کہ یقینی تشخیص ہوسکے اور متلازم حالات بجائے خود ہلاکت خیز نہ ہوں۔

163

ریوی تدرن

(PULMONARY TUBERCULOSIS)

شش کا تدرن کئی شکلوں میں ہوا کرتا ہے۔ ایک میں عضو کے سارے طول و عرض میں دقیق دَرنوں (tubercles) کی عام توزیع ہوتی ہے، جو حاد طور پر پیدا ہوجاتی ہے اور اس میں عصبیات درنیہ کسی دوسرے حصے مثلاً شعبی یا عنقی غدہ سے، یا ایک مفصل یا گردے سے، یا کم عام طور پر خود شش میں کے مزمن مرض کے ایک مرکز سے خون کے ذریعہ منتقل ہوکر مرض پیدا کردیتے ہیں۔ یہ حاد شکل اکثر ایک ایسے عام دُخنی تدرن (general miliary tuberculosis) کا حصہ ہوتی ہے، جس میں درنی التہاب سحایا عموماً ایک نمایاں مظہر ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 88)۔ ریوی تدرن کی دوسری شکلوں میں یہ مشترک مظہر ہوتا ہے کہ شش کا مرض سریریاتی تصویر کا عموماً بڑا حصہ ہوتا ہے۔

سل ریوی (phthisis or consumption) بالغوں یا اواخر طفلی کا ایک مزمن مرض ہے، جس میں شش کے ایک چھوٹے حصے، عموماً راس، میں چھوٹے دَرنے (tubercles) پیدا ہوتے اور تکاثر کرتے ہیں اور مختلف درجہ کی سرعتوں کے ساتھ شش کے دوسرے حصوں میں پھیل جاتے ہیں۔ اس طرح وہ ابتداءً بالکل مقامی ہوتا ہے،

بعد کے تغیرات کو دوسرے عضویوں خاص کر نبقہ ریویہ، نبقہ سبحیہ اور نبقہ عنبیہ ریم زا کے فعل سے مدد ملتی ہے۔ راسی سل (apical phthisis) غالباً شش کی راست سرایت کے طور پر شروع ہوتی ہے، جو درنی عصیات کے استنشاق کے باعث ہوتی ہے۔ اس امر کے متعلق کہ ابتداً راس کیوں متاثر ہوتا ہے، بہت بحث و مباحثہ ہوا ہے۔ کیتھ (Keith) نے بتلایا ہے کہ شش کا یہ حصہ دوسرے حصوں کی نسبت کم ترویح یافتہ ہوتا ہے اور اس کی وجہ یہ ہے کہ صدر کا قلہ نسبتہً حرکت ناپذیر ہوتا ہے، اور سب سے زیادہ حرکت ڈائفرام پر اور دیوار سینہ کے زیریں حصے پر ہوتی ہے۔ چونکہ ترویح راس پر سب سے زیادہ کم ہوتی ہے، لہٰذا یہ بھی ہو نا ممکن ہے کہ وہاں دوران خون بھی سب سے کم ہو، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہاں عصیات کو ایک موزوں ماوی (favourable nidus) مل جاتا ہے۔ دوسری توجیہ، جو زیادہ قرین قیاس نہیں معلوم ہوتی، یہ ہے کہ سرایت لوزتین میں شروع ہوتی ہے اور عنقی عروق لمفائیہ کی راہ سے پلیورا کے پار راست راس شش تک پہنچ جاتی ہے۔

سلِ نافجہ (hilum phthisis)، یا گردِ شعبی سل (peribronchial phthisis) بھی پھیپھڑوں کا ایک مزمن مرض ہے، جس کا وقوع بالغوں میں کسیقدر کم عام ہے، لیکن بچوں میں مزمن ریوی تدرن عموماً یہی شکل اختیار کرتا ہے۔ خاص ضرر شعبی غدد کی اور ان عروق لمفائیہ کی تدرنی دریختگی ہے جو گردوپیش کے شش سے آکر ان غدد کے اندر مسیل ہوتے ہیں۔ پہلے توضیح کر دی گئی ہے کہ ان اصابتوں میں شش ہی اولی ماسکہ (primary focus) بہم پہنچاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 85)۔ پھیپھڑوں کے عروق لمفائیہ درنی عصیات کو اخذ کرتے، اور بتدریج اس عمل میں مختنق (choked) یا مسدود ہو جاتے ہیں، اور یہ عمل نافجہ کے مقام سے شروع ہو کر بتدریج باہر کو پھیپھڑوں کی طرف پھیلتا ہے۔ سل نافجہ پھیپھڑوں میں کسی بھی مقام پر اس سے زیادہ حاد تدرنی عمل بھی پیدا کر سکتی ہے۔ لیکن عموماً یہ سالہا سال کے عرصہ میں شفایاب ہو جاتی ہے، اور یہ رائے ظاہر کی گئی ہے کہ وہ ریوی ندبات، (pulmonary scars) جو امتحان بعد الممات میں اس قدر عام طور پر پائے جاتے

ہیں، زمانۂ طفولیت کے اسی مرض کا نتیجہ ہوتے ہیں، جواب ناپید ہو چکا ہے ۔۔ ایسی حالت میں بالغوں کی راسی سل (apical phthisis) یا بعد زندگی کی ایک سرایت مکرر (reinfection) ہوتی ہے، اگرچہ اس امر میں کہ وہ مریض جسے ایک بار سلِ نافجہ ہو چکی ہے تازہ سرایت کی خاص طور پر حساسیت رکھتا ہے یا خاص طور پر اس کی قوتِ مدافعت رکھتا ہے، شبہ کی گنجائش ہے۔

تدرن نما (epituberculosis)، بچوں میں شش کا وسیع تجمد ہے جو کہ ایک چھوٹے سے تدرنی ماسکہ کے گرد واقع ہوجاتا ہے۔ تجمد بذات خود درنی اریکی بافت کا بنا ہوا نہیں ہوتا، بلکہ ممکن ہے وہ ایک غیر نوعی دررنختگی ہو جو بڑے پیمانہ پر اس ورم کے ساتھ جو ایک مانٹو (Mantoux) کے مثبت کا شف پیدا ہوتا ہے مشابہت رکھتی ہو، (چنانچہ یہ ٹیوبرکلین کے اشراب کے بعد فی الفور نمودار ہوجاتا ہے)؛ یا ممکن ہے تدرنی غدہ کا ایک شعبہ پر دباؤ پڑنے سے وسیع ہبوط پیدا ہو گیا ہو، کیونکہ جب تسدد کو دور کیا گیا ہے تو وہ بھی زائل ہو گیا ہے (57)۔ ممکن ہے اہمیت اور شعبی تنفس موجود ہو اور لاشعاع، بالعموم دائیں شش کے وسط میں، ایک ہموار سایہ ظاہر کرے، جو کہ نافجہ سے پھیلتا ہو اور جس کا راس محیط پر ہو ۔ اس رقبہ کے بزل پر درنی عصیات دریافت ہوئے ہیں ۔ اس کو ذات الریہ سے اس طرح ممتاز کیا جاتا ہے کہ آخر الذکر میں سایہ کا راس نافجہ کی جانب ہوتا ہے، نیز اس میں انحلال چند دن میں واقع ہو جاتا ہے ۔ تدرن نما کا انحلال چند ہفتوں کے بعد واقع ہوتا ہے ۔ انذار اچھا ہوتا ہے ۔

تدرنی شعبی ذات الریہ (tuberculous broncho-pneumonia)

164

ایک حاد تدرنی عمل ہے، جو بالخصوص بچوں یا نوعمر بالغوں میں ہوتا ہے، اور جس میں جبنی تدرنی ماسکات (caseous tuberculous foci)، معہ آغاز پذیر کھوکھلی تکوین کے، پھیپھڑوں کے طول وعرض میں پھیلے ہوئے ہوتے ہیں ۔ وہ بچوں میں عموماً اس طرح پیدا ہوتا ہے کہ ایک بڑا جبنی غدہ متقرح ہو کر ایک بڑے شعبہ میں کھل جاتا ہے، اور اس کا اعلیٰ درجہ کا سرایت رساں مادہ بذریعہ استنشاق سارے پھیپھڑے میں بسرعت منتشر ہو جاتا ہے ۔ عموماً راس خاص طور پر ماؤف نہیں ہوتا۔

حاد ذات الریوی سل (acute pneumonic phthisis) جسے "سل رکف" (galloping phthisis) یا سل سریع (phthisis florida) کہتے ہیں، ایک اور بھی زیادہ حاد عمل ہے اور بعد میں بیان کیا گیا ہے۔

ریوی تدرن کے اسباب پر پہلے عام تدرن کے ابواب میں بحث ہو چکی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 88)۔

سل ریوی کی مرضی تشریح۔ پھیپھڑوں کے اندر درنے (tubercles) نہایت تمثیلی طریقے سے بنتے اور نمویاب ہوتے ہیں، اور ان میں اُن کے عفریتی خلیات کے نظامات (giant-cell systems) اور ان کا تجبن ہو کر ٹوٹنے کا رجحان موجود ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 86)۔ معمولی راسی ضرر میں یہ عمل ایک چھوٹے منتہائی شعبہ کی دیوار میں شروع ہوتا ہے۔ تجبن (caseation) واقع ہوتا ہے، اور درنی تودہ ٹوٹ پھوٹ جاتا ہے۔ اس مواد کا اخراج شعبہ کی راہ سے ہوتا ہے اور ایک دقیق کہفہ بن جاتا ہے جو اس شعبہ سے ملحق ہوتا ہے۔ اسی درمیان میں یہ عمل شش کی متصلہ بافتوں کے اندر پھیل جاتا ہے جو کہ کچھ تو تجبن اور کچھ خسلوی التہابی ارتشاح (cellular inflammatory exudate) کی وجہ سے متجمد ہو جاتی ہیں۔ یہ ٹھوس رقبے رنگ میں سیاہ ہوتے ہیں، اور ان میں چھوٹے سپید جبنی درنے گچھوں کی صورت میں منتشر ہوتے ہیں، اور زیادہ کہفی متکون (cavity formation) نظر آنے سے پہلے عموماً تجمد خاصی مقدار میں واقع ہو جاتا ہے۔ تجبن اور تقیح کے ایک مخلوط عمل سے کہفے بن جاتے ہیں۔ متصلہ یا باہم پہلو کہفے ایک دوسرے میں مل کر بالآخر شش وسیع طور پر کھوکھلا ہو جاتا ہے۔ دیواریں نسبتہً ابتدائی درجوں میں اکثر جبنی بچاؤ سے بنی ہوئی ہوتی ہیں، لیکن پرانے کہفوں (vomicæ) میں یہ بالکل چکنی ہوتی ہیں۔ وہ اکثر بندوں، یا سہلوں (trabeculæ) سے عبور کی ہوئی ہوتی ہیں، جن میں ریوی عروق موجود ہوتے ہیں۔ یہ عروق اس اتلافی عمل کی مدافعت کرتے ہیں، لیکن شعبات عموماً جبقدر کہفے بڑے ہوتے جاتے ہیں اسی تناسب کے ساتھ متقرح ہو جاتے ہیں، اور ہر کہفہ کے اندر ایک یا زائد شعبات وا ہوتے ہیں۔ کہفوں (vomicæ) کے ما فیہ جبنی مادہ، شش کی بافت کا چورہ

اور پیپ ہیں۔ آخر الذکر شئے پرانے کہفوں میں غالب مقدار میں ہوتی (debris)، ہے۔ اس کی مقدار تغیر پذیر ہوتی ہے، اور بعض حالات میں اتنی کم ہوتی ہے کہ عرصہ ہائے دراز تک کوئی نفث نہیں واقع ہوتا۔ سل ریوی کے کہفوں کے اندر واضح گندیدگی (putrefaction) صرف شاذ ہی واقع ہوتی ہے۔

درنہ کا پہلا جماؤ بالائی لختے کے راس سے دو یا تین انچ نیچے، زیر ترقوی خط میں ہوتا ہے، اور پھر تازہ بہ تازہ جماؤ اس سے نیچے اور پھر اور نیچے واقع ہوتے رہتے ہیں۔ شش کے تازہ بہ تازہ حصوں پر یہ حملہ بلا واسطہ مماست (direct contiguity) سے لمفائی مجاری سے، اور زیادہ تر شعبات کی راہ سے واقع ہوتا ہے۔ اُن کے اندر سرایت رساں ذرّات استنشاق کے ذریعہ آکر مرض کے تازہ ماسکات پیدا کر دیتے ہیں۔ ممکن ہے کہ اس وقت تک جب تک کہ نسبتہً نیچے کے لیولوں پر درنے بنیں پہلا ضرر بہت کچھ تجمد پیدا کر چکا ہو۔ از اں بعد اس وقت جب کہ درنہ قاعدے کے طرف جم رہا ہوتا ہے شش کے وسط کا حصہ متجمد ہو چکا ہوتا ہے اور شاید راس میں ایک بڑا کہفہ موجود ہوتا ہے۔ اسی طرح نہ صرف مرض کی ترقی کسی ایک شش میں غیر مساوی ہوتی ہے، بلکہ وہ دونوں جانبوں کے پھیپھڑوں میں بھی غیر مساوی ہوتی ہے۔ اور اس طرح ایک ترقی یافتہ اصابت میں ایک راس پر نہایت وسیع مرض کا پایا جانا، اور مقابل قاعدے پر نہایت تندرست بافت یا ایسی تندرست بافت کہ اس کے سوا کوئی دوسری تندرست بافت ہی نہ ہو، کا ملنا عام ہے۔ لختۂ زیریں کا اوّلی ضرر (اوّلی قاعدی سل = primary basal phthisis) شاذ ہے۔

اُن اصابتوں میں کہ جن میں قوت مدافعت ادنیٰ درجہ کی ہوتی ہے ممکن ہے کہ سرایت کے کسی اوّلی ماسکہ سے نُساق کا استنشاق شعبات کی راہ سے واقع ہو، اور پھیپھڑوں کے سارے طول و عرض میں بہت سے جداجدا ماسکات کم و بیش ہمزماں طور پر پیدا ہو جائیں۔ جُبنی مادّے کے خارج ہو سکنے سے پہلے ممکن ہے کہ ہر ثانوی ماسکہ کے گرد کا شش دَر ریختہ ہو جائے۔ سارا شش کچھ تو جُبنی اور کچھ جیلاتین نما مادّے سے بھر کر بالکل ٹھوس ہو جاتا ہے، اور آخر الذکر

مادہ ششش کے اس جزو کی نمائندگی کرتا ہے جسکا اتلاف اتنا مکمل طور پر نہیں ہوا ہے (جبنی فصّی ذات الریہ: caseous lobar pneumonia؛ حاد ذات الریوی سل: acute pneumonic phthisis) دوسری مثالوں میں امتحان بعد الممات میں بڑے بڑے کہفے اثنائے عمل تکوین میں پائے جاتے ہیں، اور ان کی دیواریں نہایت پھٹی ہوئی (ragged) ہوتی ہیں۔ اگر مریض اس سے کم ترقی یافتہ درجہ میں مرگیا ہو تو ششش کثیر التعداد جدا جدا نہ جبنی اور جیلاتینی رقبے ظاہر کرے گا، جن میں ابتدائی کہفی تکوین پائی جائے گی (جبنی شعبی ذات الریہ: caseous broncho-pneumonia) کیونکہ ان رقبوں کو باہم مخلوط ہوکر منتشر ذات الریوی حالت (diffuse pneumonic condition) پیدا کر دینے کا وقت نہیں ملا ہے۔

165 لیکن اصابتوں کی غالب تعداد میں اس عمل اتلاف کو پورا موقعہ حاصل نہیں ہوتا۔ التہابی تغیرات مختلف اصابتوں میں فعالیت کے تغیرات ظاہر کرتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ فساد (mischief) اپنے ممر میں ایک یا زائد بار طویل عرصوں تک موقوف ہوجائے، یا بلکہ ابتدائی زمانہ میں ہی دب جائے، اور آگے نہ بڑھے۔ یہاں لیفی بافت کا نمو ایک اہم عامل ہوتا ہے۔ یہ سوائے نہایت حاد اصابتوں کے شاذ ہی غیر موجود ہوتی ہے، اور مزمن اصابتوں میں مرضی ششش کی باقی ماندہ بافت کا ایک بڑا جزو بناتی ہے۔ متجمد ششش میں بین نختکی فاصلات کے ممر میں اس کے کثیر التعداد بند دوڑتے ہیں، شعبات عروق دمویہ اور کہفوں کو گھیرے ہوئے ہوتے ہیں، اور حشائی پلیورا کے نیچے ایک کثیف تہ بناتے ہیں (لیفی سل: fibroid phthisis) ۔ یہ لیفی بافت اکثر ملوّن ہوتی اور جابجا جبنی تودوں کے ساتھ مخلوط ہوتی ہے۔ وہ اپنے انقباض سے کہفوں کی جسامت کو کم کر دینے کا رجحان رکھتی، اور اتلافی اعمال کے مقابلہ میں کسیقدر مزاحمت پیش کرتی ہے۔ اور بعض موافق اصابتوں میں درنہ کا ایک چھوٹا جماؤ بالآخر تمامتر متغیر ہوکر ملوّن لیفی بافت کا ایک تودہ بن جاتا ہے، جو فی الحقیقت تندرست ششش کی اتنی ہی مقدار کی جگہ لے لیتا ہے، مگر دیگر لحاظ سے بے مضر ہوتا ہے۔ جبنی مادے میں کیلسیم کے نمکیات کے جماؤ کی وجہ سے ان ندبات (cicatrices) کے اندر کلسی ذرات کا ملنا غیر عام نہیں۔

اور ایسے ندبہ (cicatrix) کے گرد وہ حالت پیدا ہوسکتی ہے جسے تعویضی نفّاخ کہتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 146)۔ تاہم یہ نہیں سمجھ لینا چاہیئے کہ لیفی بافت کی تکوین اور تکلیس ہمیشہ اندمالی عمل میں آخری درجہ ہوتا ہے۔ سلسلہ وار لاشعاعی امتحان (serial X-ray examination) سے ظاہر ہوگیا ہے کہ ممکن ہے اس نوعیت کے جماؤ بالآخر جذب ہو کر بالکل غائب ہوجائیں، اور پھر مریض کو دوبارہ صحتِ کلی حاصل ہوجائے۔

ذات الجنب بالکل ابتدائی درجہ میں موجود ہوسکتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ خشک ہو۔ لیکن ایک صاف پوال کے رنگ کا (straw-coloured) مصلی فائبرینی انصباب نہایت عام ہے، اور یہ یا تو اس مرض میں بہ دیر ہوتا ہے یا اس کی آمد آمد کا پیش خیمہ ہوتا ہے۔ ایسا انصباب خون کے رنگ کا ہوسکتا ہے۔ اسکے خصائص بعد میں بیان کئے گئے ہیں، اور ممکن ہے کہ جب یہ عمل اندمال پذیر ہو تو وہ بھی بتدریج جذب ہوجائے، یا ایک خشک ذات الجنب رہ جاتا ہے اور آخری نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ شُش کے ماؤف حصے پر لیفی بافت کی ایک دبیز تہ کی تکوین ہوجاتی ہے، جو شُش کو عموماً دیوار سینہ سے مضبوطی کے ساتھ جوڑ دیتی ہے۔ شُش کا یہ اِنضمام (adhesion) ایک اہم اثر رکھتا ہے، کیونکہ اگر عمل اکتہاف (process of excavation) سطح کی طرف ایسے نقطہ پر بڑھے جو منضم (adherent) نہ ہو تو ممکن ہے کہ وہ کہفہ (vomica) متقرح ہو کر اپنے مافیہ پلیورائی کہفہ کے اندر خارج کردے، اور اس کا نتیجہ یہ ہو کہ اول تو ایک حاد ذات الجنب (acute pleurisy) پیدا ہوجائے جو عموماً ریمی قسم کا ہوتا ہے (یعنے تقیح الصدر ہوجائے)، اور دویم پلیورائی تاجہ کے اندر ہوا داخل ہو کر استرواح الصدر پیدا ہوجائے اور اگر سیال موجود ہو تو ایک آبی یا ریمی استرواح الصدر (hydro-or-pyopneumothorax) ہوجائے۔

اِتلاف ساخت کا ایک دوسرا اہم نتیجہ نزف (hæmorrhage) ہے۔ ابتدائی درجوں میں یہ صرف اِمتلاء (congestion) کا نتیجہ ہوتا ہے آخری درجوں میں عروقی دیواروں پر ورنہ کا راست حملہ ہوجاتا ہے، اور اسی وجہ سے ممکن ہے کہ

وہ متآکل (eroded) ہو جائیں، یا وہ کمزور ہو کر متسع ہو جائیں اور اس طرح انورسمے بنا دیں، جو کہ مٹر یا سیم کے بیج کی جسامت تک پہنچکر، بالآخر اپنے سب سے زیادہ پتلے حصّے کے مقام پر ٹوٹ جائیں۔

ممکن ہے کہ سِل ریوی کے دوران میں تدرن کا حملہ جسم کے دوسرے حصوں پر ہو جائے۔ مزمار (glottis) کی راہ سے دَرنہ آلود بُساق (tubercle-laden sputum) کے مسلسل گذرنے سے حنجری درنہ (laryngeal tubercle) پیدا ہو جاتا ہے۔ بُساق کے نگلنے اور غذائی قنال کی راہ سے اُس کے بتدریج گذرنے سے لفائفی یا اعور (cæcum) کا دَرنی تقرح اور ناسور مبرز (fistula in ano) پیدا ہو جاتا ہے۔ باریطون، گردہ، بربخ (epididymis)، منوی حویصلات (vesiculæ seminales)، رحم اور اُس کے ضمیمہ جات، پلیلوں، اور ریڑھ کی ہڈیوں کا تدرن [اور اس سے پیدا ہونے والے خُراجات، جیسے کہ خصری پھوڑا (psoas abscess)] اور دوسری ہڈیوں اور مفاصل کا تدرن، ریوی مرض کے ساتھ ساتھ موجود ہو سکتا ہے، اور یا تو اُس سے پیدا ہو جاتا ہے یا بعض مثالوں میں ایک اوّلی ماسکہ کے طور پر عمل کرتا ہے۔ بعض اوقات عمومی تدرن (general tuberculosis)، معہ التہاب سحایا (meningitis)، اس منظر کو ختم کر دیتا ہے۔ ایڈیسن کا مرض (Addison's disease) شاذ ہے۔ چند سال پہلے شفاخانہ کی مہلک اصابتوں کی ۲۰ فیصدی تعداد میں جگر، طحال، گردوں اور امعاء کا چربیشی مرض (lardaceous disease) پایا گیا۔ قلب چھوٹا ہوتا ہے۔ حاد اصابتوں میں عدم دمویت یا ریوی تہویہ (aeration) کی قلت کے باعث عضلۂ قلب شحمی انحطاط ظاہر کرتا ہے۔ مزمن لیفی مرض (chronic fibroid disease) میں دایاں بُطین بیش پرورده (hypertrophical) ہوتا ہے۔ شحمی جگر عام ہے۔

سِلِ ریوی کی سریریاتی روداد۔ سِلِ ریوی ایک تیز یا ایک سست عمر سے جاری رہ سکتا ہے۔ مندرجۂ ذیل بیان کا اطلاق بالخصوص اُس اصابت پر ہوگا جو چھ ماہ سے لے کر چند سال تک جاری رہتی ہے۔ 166`

مرض کا آغاز مختلف طور سے ہوتا ہے۔ بہت سی اصابتیں کھانسی اور مخاطی ر

یا ریمی نفث سے شروع ہوتی ہیں، جس کا کوئی سبب نہیں بتلایا جا سکتا، یا جو سردی لگنے (chill) یا تکشف (exposure) سے منسوب کیا جاتا ہے۔ دوسری اصابتیں نفث الدم (hæmoptysis) یا خون تھوکنے کے ساتھ شروع ہوتی ہیں۔ ممکن ہے کہ مریض بظاہر اچھی صحت کی حالت میں رہا ہو اور اس حالت میں بعض اوقات زور لگانے یا محنت کرنے کے بعد، لیکن بالکل اسیقدر اکثر جب کہ وہ یہ حالت آرام ہو، یا چل رہا ہو، یا کوئی ایسا کام کر رہا ہو جس میں زور لگانا نہ پڑے یا بار نہ پڑے۔ حلق میں ایک گدگدی سی محسوس ہوتی ہے، مریض کھانستا ہے، اور اسے یہ دیکھکر تعجب اور ڈر معلوم ہوتا ہے کہ اس نے جو کچھ تھوکا ہے وہ خون ہے۔ اب ممکن ہے کہ وہ چند ڈرام یا ایک اونس، یا ایک پائنٹ کا نفث کرے۔ ممکن ہے کہ یہی ایک علامت رہے اور سینہ کے امتحان سے کچھ بھی ظاہر نہو لیکن کچھ عرصے کے بعد خون کے تازہ ضیاع کے بعد یا اس کے بغیر، کھانسی اور نفث نمودار ہو جاتے ہیں اور یہ اصابت، دوسری اصابتوں کی طرح نمو یاب ہونے لگتی ہے۔ قلیل التعداد اصابتوں میں صحت میں فرق آجانے کی پہلی ظاہری علامت (first apparent departure from health) یہ ہوتی ہے کہ ایک بالائی لختہ میں حاد ذات الریوی کیفیت نمودار ہو جاتی ہے، جو صرف جزءً صاف ہو جاتی ہے، لیکن کھانسی اور نفث جاری رہتے ہیں، اور اصابت میں سل کے تمام مظاہر پیدا ہو جاتے ہیں۔ اور دوسری اصابتوں میں پہلی قابل شناخت بیماری ذات الجنب اور اسکے ساتھ انصباب مصلی ہوتا ہے۔ یہ انصباب کبھی کبھی خون آلود ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ اس سے بظاہر کلی طور پر شفا ہو جائے اور با ینہمہ اس کے بعد معمولی ریوی تغیرات نمودار ہو جائیں۔

مختلف اصابتوں میں اس مرض کا ممر نہایت متغیر بھی ہوتا ہے۔ وہ بعض جن میں ابتدائی ترین علامات ہوتی ہیں، خواہ یہ نفث الدم ہو، یا کھانسی یا لاغری (wasting)، اگر آب و ہوا اور اصول صحت کے مناسب حالات میں رکھے جائیں تو ممکن ہے کہ وہ اپنی صحت کلی طور پر از سر نو حاصل کر لیں۔ اور یہ عرصۂ دراز سے معلوم ہے کہ ان اشخاص میں جو حادثات سے ہلاک ہوئے ہوں، یا ایسے

مرض سے مرے ہوں جن کا شش سے تعلق نہ ہو' راسین (apices) میں ندبی (cicatricial) اور ملون جلیتیاں' شاید کلسی جماؤ کے ساتھ' پائی جاتی ہیں جن کے متعلق صرف یہ سمجھا جا سکتا ہے کہ یہ سابق درنوں کی باقیات ہیں۔

لیکن اگر علاج کرانے سے پہلے سرایت خوب قایم ہو چکی ہے تو نتیجہ اتنا تشفی بخش نہیں ہو سکتا۔ چنانچہ مرض تین یا چار مہینوں میں مہلک ہو سکتا ہے' یا ممکن ہے کہ مریض کو بالآخر ہلاک کرنے سے پہلے وہ بارہ یا پندرہ سال تک جاری رہے۔ اور اس عرصہ میں اس کی ترقی نہایت غیر مساوی رہے گی' اکثر وہ مہینوں یا ایک دو سال تک ساکن رہتا ہے' اور پھر بہ سرعت بھڑک اٹھتا اور اس کے ساتھ نفث الدم یا زیادہ بخار ہوتا ہے۔ درآنحالیکہ زیادہ سریع اصابتیں بالخصوص ماؤف شدہ شش کی وسعت کی وجہ سے مہلک ہوتی ہیں۔ زیادہ مدت والی اصابتیں پیچیدگیوں کی کثرت کی وجہ سے زندگی کے لئے خطرناک ہوتی ہیں۔ ان پیچیدگیوں میں سے بعض خود شش کے ضررات ہوتے ہیں' جیسے کہ نفث الدم' تقیح الصدر اور شعبی التہاب۔ دوسری وہ ہیں' جو دور افتادہ اعضاء کو ماؤف کر دیتی ہیں' جیسے کہ تدرنی التہاب سحایا (tuberculous meningitis)' تقرح امعاء اور اسہال' التہاب گردہ (nephritis)' اور احشاء کا چربیلی مرض (lardaceous disease)۔

مقامی علامات۔ اب یہ کسیقدر زیادہ تفصیل کے ساتھ بیان کئے جائینگے:۔

کھانسی۔ یہ ایک نہایت عام علامت ہے' اور گو ہمیشہ نہیں' تاہم عموماً اس وقت تک موجود رہتی ہے جب تک کہ مرض کسی حد تک فاعلی رہتا ہے۔ کھانسی یا تو آسانی کے ساتھ ہوتی ہے یا خشک' جس کا انحصار بصاق کی مقدار پر اور اس کے آسانی کے ساتھ نفث سے خارج ہو سکنے پر ہوتا ہے۔ جب کہفے وسیع ہوں اور بصاق ماؤف لخت کے اسفل حصول میں تہ نشین ہو جائے تو کھانسی طویل حملوں کی صورت میں واقع ہوتی ہے' جو مریض کے لئے درد انگیز اور اسکے آس پاس والوں کے لئے تکلیف دہ ہوتے ہیں' اور شاید ایک منٹ سے

زیادہ تک جاری رہتے ہیں۔ حنجری پیچیدگیوں کے ساتھ کھانسی ایک بھرّائی ہوئی (hoarse) یا رُوکھی (husky) نوعیت اختیار کر لیتی ہے۔

بُہر (dyspnœa)۔ سانس کا پھولنا اکثر اُس وقت دیکھا جاتا ہے جب کہ شعبی تشنج (bronchial spasm) ہوتا ہے۔ آخرالذکر بعض اوقات حساسیتی دمہ (allergic asthma) کی وجہ سے ہو سکتا ہے۔ جوں جوں شُش کا زیادہ سے زیادہ حصہ مرضی ہوتا جاتا ہے اور اس طرح خون کی گیسوں کے باہمی تبادلہ کے لئے کارآمد سطح کم ہوتی جاتی ہے، بُہر بھی زیادہ نمایاں ہوتا جاتا ہے۔

نفث۔ ابتدائی درجوں میں یہ شعبی التہاب کے بُساق سے مختلف نہیں ہوتا، یعنے یا تو وہ محض مخاطی ہوتا ہے یا مخاطی ریمی۔ اور اس کی توجیہ اُس شعبی التہاب کے اعمال سے ہوتی ہے جو اکثر سِل ریوی کے ساتھ موجود ہوتے ہیں۔ لیکن بُساق بعض اوقات مقابلۃً ابتداء ہی میں، اور مابعد درجوں میں تو ہمیشہ ہی ریمی ہو جاتا ہے، اُس کا رنگ سبز یا سبزی مائل زرد ہوتا ہے اور وہ غیر شفاف اور ہوا کے بلبلوں سے بالکل مبرّا ہوتا ہے۔ جب وہ نہایت سیال ہوتا ہے تو ممکن ہے کہ انفرادی بُساقات باہم مخلوط ہو کر اپنی جداگانہ شکل کھو دیں۔ لیکن سِل کے بُساق نفث کے بعد اکثر دیر تک جدا جدا رہتے، اور وہ اس گول چپٹی شکل کی وجہ سے جو کہ وہ بُساق دان میں اختیار کر لیتے ہیں، "مسکۂ نما"، ("nummular") کہلاتے ہیں۔ یہ بلاشبہ شُش کے کہفوں میں افراز کے اجتماع کی وجہ سے ہوتا ہے، اور اسی واسطے سِل میں مستقل طور پر واقع ہوتا ہے، لیکن اُن اصابتوں میں بھی موجود ہو سکتا ہے جہاں متسع شعبات کہفے پیدا کر دیں (تمدد الشعب (bronchiectasis)۔ عصیاتِ درنیہ کا خردبینی امتحان بعد میں بیان کیا گیا ہے۔

نفث الدم (hæmoptysis)۔ جب نفث الدم سِل ریوی کی پہلی علامت کے طور پر واقع ہو تو خون عموماً شوخ سرخ رنگ کا اور جھاگ دار ہوتا ہے۔ وہ تغیر پذیر مقداروں میں نفث سے خارج ہوتا ہے اور عام طور پر مریض چند گھنٹوں یا دنوں تک خون کے گلّے (pellets) تھوکتا رہتا ہے، جن کا رنگ

سیاہ سے سیاہ تر ہوتا جاتا ہے، اور جو بتدریج کم کثیر الوقوع ہو کر پھر بالکل موقوف ہو جاتے ہیں۔ آخری درجوں میں جب کہ مرض خوب قایم ہو چکا ہوتا ہے مخاطی ریمی یا ریمی بُساق میں اکثر خون کی دھاریاں ہوتی ہیں یا وہ خون آلود ہوتا ہے۔ بُساق میں چند دھاریاں شعبی مخاطی جھلی میں کے چھوٹے عروق سے آ سکتی ہیں، لیکن سل ریوی کا زیادہ ممیز خاصہ وہ شوخ رنگ خون ہے جو کہ بُساق کے ساتھ ملا ہوتا ہے، یا جمے ہوئے خون کے گلّوں کا اخراج ہے جو اکثر دن کے وقت ہوتا ہے۔ وقتاً فوقتاً زیادہ افراط کے ساتھ ویسے ترفات واقع ہو سکتے ہیں جیسے کہ پہلے بیان کئے گئے ہیں جن میں خون معمولی افراز سے الگ ہو کر نکل آتا ہے۔ اور اگر کوئی بڑی رگ متقرح ہو گئی ہو، یا اگر ایک کہفہ میں کا ایک چھوٹا انورسما مشقوق ہو جائے (جو صورت کہ زیادہ اکثر ہوا کرتی ہے) تو تھوڑے ہی عرصہ میں خون کے کئی اونس یا ایک دو پائنٹ خارج ہو کر اس کے بعد موت بسرعت واقع ہو سکتی ہے۔ نفث الدم دن کے وقت ہونے کی نسبت رات کو ہونے کا کسیقدر زیادہ رجحان رکھتا ہے، اور ایسا غالباً سردی کی وجہ سے ہوتا ہے (28)۔

طبیعی امارات۔ سریریاتی نقطۂ نظر سے راسی سل (apical phthisis) کے تین درجے بیان کئے جاتے ہیں (Turban-Gerhardt کی جماعت بندی)۔ درجۂ اول میں، جو ابتدائی اصابتوں کا ہوتا ہے، مرض ایک یا دونوں راسوں کے ایک چھوٹے رقبہ میں محدود ہوتا ہے۔ درجۂ دویم میں تجمد ہوتا ہے، اور مرض ایک لختہ کے سارے یا زیادہ تر حصے کو ماؤف کرتا ہے۔ درجۂ سویم اور بھی زیادہ وسیع مرض کا ہوتا ہے، جس میں وہ تمام اصابتیں شامل ہیں جن میں کہفی تکوین بہت ہوتی ہے۔

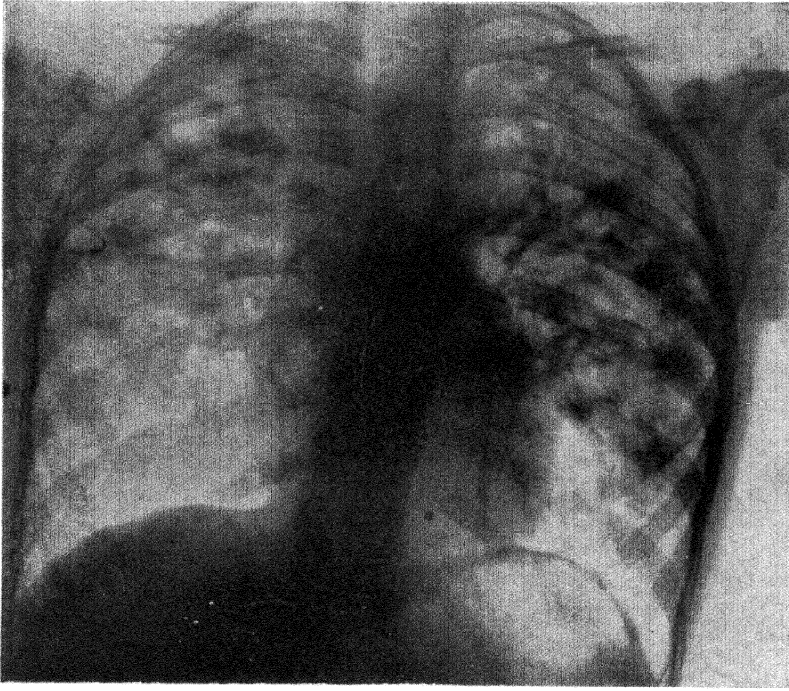
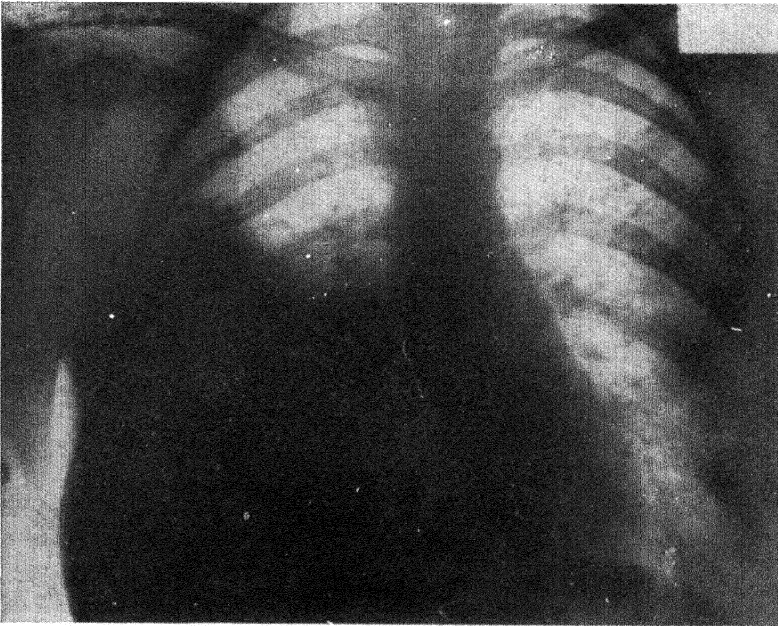
طبیعی امارات انھیں درجوں کے لحاظ سے بہترین بیان کئے جاتے ہیں۔ درجۂ اول میں ممکن ہے کہ وہ نہایت خفیف ہوں، اور مختلف اصابتوں میں بہت مختلف ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ آنکھ یا ہاتھ کے ذریعہ ماؤف جانب پر حرکت پذیری (mobility) کی ایک خفیف سی کمی شناخت کی جائے،

اس مقصد کے لیے سکون کے ساتھ تنفس (tranquil respiration) کے دوران میں اور کامل تنفس (full respiration) کے دوران میں اضافی حرکات کو غور سے دیکھنا چاہیئے۔ ممکن ہے کہ راس کا بہ احتیاط قرع (percussion) کرنے پر مقابل جانب کے مقابلہ میں سُر کی خفیف سی کمی (slight impairment of note) پائی جائے۔ طبعی حالت میں راسی گمک کا ایک ۵ء۴ تا ۵ سینٹی میٹر (۱¾ انچ تا ۲ انچ) چوڑا بند ہوتا ہے جو شانے پر پھیلا ہوتا ہے (خا کلنائے کرانگ :Kronig's isthmus)۔ بحالت مرض یہ تنگ ہو سکتا ہے۔ ترقوی ہڈی کے عین نیچے، ترقوی ہڈی پر، یا فوق الترقوی حفرہ (supra-clavicular fossa) میں سُر کی کمی (impaired note) بھی مل سکتی ہے۔ مریض کو ڈھیلی وضع میں بیٹھا ہوا ہونا چاہیئے۔ استماع سے اکثر حویصلی خریر (vesicular murmur) کی کمی (diminution)، اور باریک یا اوسط درجہ کے لغطات (fine or medium râles) پائے جاتے ہیں، جو کھانسنے کے بعد پہلے شہیق کے اختتام کے قریب بہترین سنائی دیتے ہیں۔ زفیری خریر بلند اور لمبا ہو سکتا ہے، جیسے کہ شعبی تنفس میں، اور ممکن ہے کہ صوتی گمک (vocal resonance) کی زیادتی اس کے ہمراہ پائی جائے۔ لیکن یہ یاد رکھنا نہایت اہم ہے کہ لمبا بلند زفیری خریر جس کے ساتھ بلند صوتی گمک ہو، تندرست اشخاص میں بھی دائیں جانب پر غیر عام نہیں ہوتا، بالخصوص عورتوں میں۔ اور بالعموم ایک ابتدائی اصابت میں اس سے پہلے کہ ہم طبعی امارات پر سے یقین کے ساتھ یہ کہ سکیں کہ راسی سل کی شہادت موجود ہے، تھوڑے تھوڑے وقفوں پر مکرر امتحانات کی ضرورت ہوتی ہے۔ سُر کا کم ہو جانا (impairment of note) اور لغطات (râles) نہایت قابل اعتماد امارات ہیں۔ لیکن بعض اوقات قصی ترقوی مفصل میں ایسی آوازیں (sounds) پیدا ہو جاتی ہیں جو چٹخنے والے لغطات (crackling râles) سے نہایت قریبی مشابہت رکھتی ہیں۔ بیقاعدہ جھٹکے دار (jerky) یا لہری (wavy) تنفس (یعنی نام نہاد دندانہ دار پہیا تنفس =cog-wheel respiration) کوئی تشخیصی اہمیت نہیں رکھتا۔

درجۂ دوئم (تجبّن) میں طبعی امارات کئی لحاظ سے ذات الریہ کے

دوسرے درجہ کے امارات سے مماثل ہوتے ہیں۔ ماؤف شدہ شُش کی وسعت کے لحاظ سے ماؤف جانب کی نقل پذیری (mobility) میں کم ویش کمی (impairment) ہوتی ہے۔ اور جب ترقی مرض غیر معمولی طور پر سریع نہ رہی ہو تو ترقوی ہڈی کے اوپر اور ترقوی ہڈی کے نیچے کے خطوں میں صریح نشیب ہوتا ہے، جو لیفی ساخت کے انقباض سے، یا شاید بافت کے اُس ابتدائی ترین اتلاف سے پیدا ہو جاتا ہے جس سے کہفے پیدا ہو گئے ہیں، جو ابھی اس قدر چھوٹے ہیں کہ طبیعی امارات سے نہیں پہچانے جا سکتے۔ جوں جوں اصابت جاری رہتی ہے قرع کرنے پر گمک کی کمی (loss of resonance) بڑھتی جاتی ہے۔ لیکن یہ اصمیت (dulness) شاذ ہی اتنی مطلق ہوتی ہے کہ جتنا کہ ایک پلیورائی انصباب پر۔ استماع کرنے پر مختلف صفتوں اور ارتفاع (pitch) کا شعبی تنفس سنائی دیتا ہے، اور آواز اور کھانسی بلند شعبہ صوتی کے ساتھ (loudly bronchophonic) ہوتے ہیں۔ تنغم لغلغات (consonating râles) اور مختصر خرخراتیں (short rhonchi) عموماً سنائی دیتے ہیں۔

168

درجۂ سوم (اکتہاف · excavation) میں، جب کہ مرض کچھ عرصہ تک قائم رہ چکا ہے، ایک شُش کو خطرناک طور پر ماؤف کر چکا ہے، یا دوسرے شُش پر بھی حملہ کرنا شروع کر چکا ہے، سینہ کی شکل میں نہایت صریح تغیرات موجود پائے جاتے ہیں۔ سب سے زیادہ ماؤف جانب پر سینہ انتہائی زفیر کی شکل اختیار کر لیتا ہے۔ وہ چپٹا، لمبا، اور تنگ ہو جاتا ہے۔ شانہ پست اور ڈھلوان ہوتا ہے۔ عظم الکتف کا زاویۂ زیریں اندر کی طرف ہٹ جاتا ہے، اور اوپر والی پسلیاں سامنے کی طرف ایک دوسرے سے عرضاً دور ہو جاتی ہیں، اور نیچے والی پسلیاں باہم مجتمع ہوتی ہیں، اور شراسیفی زاویہ (epigastric angle) گھٹ کر اپنی صغیر ترین جسامت اختیار کر لیتا ہے۔ پسلیوں کا باہمی اجتماع ایک لاشعاعی منظر پیش کرتا ہے، جسے "کھپریل پن" ("roof-tiling") کہتے ہیں۔ عمومی تنفط صفحۂ ۶ الف (Plate 6, A) میں دکھلایا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 170)۔ سینہ میں اس عام تغیر کے علاوہ، سینہ کے بالائی حصے کی بازکشیدگی (retraction) اور ساتھ ہی اس کی

الف ۔ ترقی یافتہ سل ریوی کی وجہ سے شش کا وسیع تنفط اور دائیں راس پر تجہف موجود ہے ۔

ب ۔ دایاں پلیورائی انصباب ۔ (یہ شعاع نگاشتیں مسٹر لنڈسے لاک نے لی ہیں)

بالمقابل صفحہ 168

حرکت کی ایک متناظر کمی بھی ہوتی ہے۔ قرع کرنے پر سُر اصم (dull note) ہوتا ہے، خواہ کہفے موجود ہی کیوں نہ ہوں۔ لیکن جب کہفہ بڑا ہو تو ایک بیش گمکی (hyper-resonant) سُر حاصل ہوتا ہے۔ اگر ایک بڑا کہفہ شعبی نالی کے ساتھ آزادانہ ارتباط رکھتا ہو، اور مریض کا مُنہ کھلا ہوا ہو تو قرع کرنے سے اکثر پھوٹی هنڈیا جیسی آواز (cracked pot sound) یا صوتِ ظرفِ شکستہ (bruit de pot fêlé) نکلے گی، جو سکّوں کی ایسی جھنکار (clink of coins) سے کسیقدر مشابہ ہوتی ہے جیسی کہ دونوں ہاتھوں کو ملائے ہوئے اور کھوکھلا رکھ کر گھٹنے پر مارنے سے پیدا ہو جاتی ہے۔ اس آواز کی پیدائش میں دو عناصر کارفرما ہوتے ہیں:۔ (۱) ایک ہوا سے بھرے ہوئے کہفہ کی موجودگی۔ (۲) قرع کرنے پر ہوا کا تیزی کے ساتھ ایک تنگ فتحہ کی راہ سے باہر نکلنا۔ استماع کرنے پر ممکن ہے کہ ہمیں شعبی (bronchial)، کہفی (cavernous) اور قدری (amphoric) تنفس ملے، بلحاظ اس امر کے کہ کسقدر اکتھاف اور اُسکے گرد تلیف (fibrosis) موجود ہے۔ وہ حقیقتہً قدری صرف اُسیوقت ہوتا ہے جبکہ کہفہ بڑا ہو۔ شعبہ صوتی (bronchophony) اور صدر کلامی (pectoriloquy) بھی پائے جائیں گے۔ کہفوں پر بڑی جسامت کے کرکراہٹ دار لغطات (crackling râles) اور فلزی جھنکار (metallic tinkling) سنائی دیتی ہے۔ استماعی اصوات عمیق شہیق لینے یا کھانسنے پر بہترین نکلتے ہیں، جب کہ بعض اوقات بُعد سُعالی امتصاص (post-tussive suction) کی آواز بھی سنائی دیتی ہے۔ تاوقتیکہ ایک کہفہ کم از کم اخروٹ کی جسامت کو نہ پہنچ گیا ہو، وہ غالباً تجمد کے مقابلہ میں ممیز امارات نہیں پیش کرتا۔ ساتھ ہی یہ بھی بتلا دینا چاہیئے کہ اسوقت جب کہ دورانِ زندگی میں کہفہ کے کوئی امارات موجود نہ تھے، بعد الممات امتحان میں ایک کہفہ پایا گیا ہے۔

نظامِ دورانِ خون۔ مزمن سل ریوی میں قلب نسبتہً چھوٹا ہو جاتا ہے، جیساکہ اُس کے عرض کی لاشعاعی پیمائشوں سے ظاہر ہوا ہے، جو صحیح دروں نگار (ortho-diagraph) کے ذریعہ سے لی گئیں۔ خاص عامل جو اس کا سبب ہوتا ہے غالباً مزمن کمئ ورزش (chronic under-exercise) ہے۔ یہ ایک

عدم استعمالی ذبول (disuse atrophy) ہے۔

عام علامات۔ ا۔ ارتفاع تپش (pyrexia)۔ سل ریوی کے ابتدائی ترین ایام سے بخار موجود ہو سکتا ہے، لیکن یہ عموماً شش میں کے تدرنی عمل کی فاعلیت سے کچھ نہ کچھ نسبت رکھتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اگر مرض وقتاً فوقتاً غیر فاعلی ہو جاتا ہے، تو بخار بھی تناظر عرصہ کے لئے غیر موجود ہو سکتا ہے۔ لیکن وہ اکثر مہینوں تک مسلسل موجود ہوتا ہے۔ صبح کی نسبت شام کو تپش عموماً زیادہ بلند ہوتی ہے، اور وہ یا تو مُتَفتِّر (remittent) قسم کی ہوتی ہے یا مُتَوَقِّف (intermittent) قسم کی۔ بخار کے زیادہ بلند درجوں کے ساتھ وہ بے آرامی اور کسلمندی (discomfort and malaise) ہوتی ہے جو ارتفاع حرارت میں عام ہے۔ جب تپش گرتی ہے تو وافر پسینے (profuse sweats) آتے ہیں، بالخصوص مرض کے بڑھے ہوئے درجوں میں، اور کبھی کبھی پسینہ آنے سے پہلے خفیف سی سردی لگتی ہے۔ لیکن حقیقی قشعریرہ نادر الوقوع ہے، اور عام ترین واقعہ یہ ہے کہ مریض رات کے ابتدائی حصے میں، جہاں تک کہ کھانسی موقع دے، کم و بیش سکون کے ساتھ سو جاتا ہے، اور علی الصباح بیدار ہو کر خود کو پسینہ سے اشرابور پاتا ہے۔ ابتدائی درجوں میں بھی کسی قدر شب عرقی (night sweating) غیر عام نہیں۔

لاغری (loss of flesh) اور ضیاع قوت۔ دُبلاپن سل ریوی میں قاعدۂ کلیہ کے طور پر واقع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ ایک ابتدائی ترین علامت ہو، اور اُس وقت جب کہ کھانسی محض ایک شعبی نازلت سمجھی گئی ہو یہ ایک انتباہی نشان ہو۔ ایک مزمن اصابت کے اختتام پر لاغری انتہائی درجہ کی ہو جاتی ہے۔ مستثنیٰ اصابتوں میں تغذیہ اُس وقت بھی خاصہ اچھا قائم رہتا ہے جب کہ طبیعی اِمارات یہ ظاہر کرتے ہیں کہ ایک بڑا بلکہ صریحاً فاعلی ضرر موجود ہے۔ عضلی طاقت جلد کمزور پڑ جاتی ہے اور مریضوں کی توانائی جاتی رہتی ہے اور وہ سست ہو کر طویل محنت کے ناقابل ہو جاتے ہیں، خواہ یہ محنت دماغی ہو یا جسمانی۔ لیکن بہت سے مریضوں میں دماغی حالت بڑی امید اور اعتماد کی ہوتی ہے، اور اسوقت بھی

جب کہ وہ مجبور اور بے دست و پا پڑے ہوتے ہیں وہ اس کا صحیح اندازہ لگانے میں قاصر رہتے ہیں کہ وہ کسقدر بیمار ہیں، اور توقع رکھتے ہیں کہ اگر ایک بار کھانسی سے نجات مل جائے تو شفائے کلی ہوجائے گی۔

علامت دمویت (anæmia) ایک کثیر الوقوع علامت ہے، ابتدائی اور آخری دونوں درجوں میں، اور اگر نفث الدم سے خون ضائع ہوا ہو تو یہ اور بھی شدید ہوتی ہے۔

زراق (cyanosis) - چہرہ کبود ہوتا ہے، بالخصوص اُن حاد اصابتوں میں جن میں شش کا ایک بڑا رقبہ ماؤف ہو اور اس وجہ سے شریانی خون کا تاکسد (oxygenation) ناقص ہو۔ اُن مزمن اصابتوں میں، جن میں قلب کی دائیں جانب کسیقدر متسع ہوگئی ہو، زیادہ بیّن زراق ہوتا ہے، جو بالخصوص وریدی دوران خون کے بطوء (retardation) کے باعث ہوتا ہے، جب کہ نظامی خون (systemic blood) سے عروق شعریہ کی طرف معمول کی نسبت زیادہ آکسیجن خارج ہوجاتی ہے۔

انگلیوں کی گرزشکلی (clubbing of the fingers) سل ریوی کا ایک عام منظر ہے، اگرچہ صرف یہ اُسی سے مختص نہیں۔ بقیہ انگلی کے لاغر ہوجانے کے باعث یہ منظر اور بھی نمایاں ہوجاتا ہے۔ یہی تغیّر پاؤں کی انگلیوں میں بھی نظر آسکتا ہے۔ (ملاحظہ ہو بیش پرورشی ریوی عظمی داء المفصل = hypertrophic pulmonary osteo-arthropathy)۔

علاماتِ سوءِ ہضم، جیسے کہ عدمِ اشتہا، متلی، اور قے دورانِ مرض میں کسی وقت واقع ہوسکتے ہیں۔ آخری درجوں میں متلی یا غذا سے تنفّر اس قدر نمایاں ہوجاتا ہے کہ طبیب اور ممرضہ کو یہ ایک خاص دقت ہوتی ہے کہ مریض کو کوئی بھی چیز کیسے کھلائی جائے۔ آخری درجوں میں اسہال (diarrhœa) عام ہوتا ہے۔ یہ محض نازلتی حالت کے باعث ہوسکتا ہے، یا لفائفی (ileum) کے تقرّح یا چربیشی (lardaceous) مرض کی وجہ سے۔ اجابتیں مختلف ہوتی ہیں، بعض اوقات زرد رنگ کی، غیر ہضم شدہ، اور ان میں قدرے

مخاط یا خون ہوتا ہے۔ التہاب باریطون (peritonitis) ایک درنی قرحہ کا نتیجہ نہایت شاذ ہوتا ہے۔ زیادہ اکثر وہ باریطون میں کے درنوں کے باعث ہوتا ہے، لیکن یہ ایک عام پیچیدگی نہیں ہے۔

متذکرہ بالا علامات کے علاوہ جسم کے دوسرے حصوں میں درنے جم جانے سے بھی علامات پیدا ہو سکتے ہیں جیسا کہ مرضی تشریح کے باب میں بیان کیا گیا ہے۔ ان میں سب سے زیادہ عام حنجری تدرن (laryngeal tuberculosis) ہے۔ علاوہ ازیں مختلف عفونی پیچیدگیاں ہو سکتی ہیں جیسے کہ دمامل (furuncles)، قروح الفراش (bed-sores) وغیرہ آخری درجوں میں اور فخذی وریدی علقیت (femoral venous thrombosis)، جو بائیں طرف زیادہ عام ہوتی ہے۔

ریوی تدرن کی دوسری شکلیں۔ ذات الریوی سل (pneumonic phthisis) (خنازیری ذات الریہ = scrofulous pneumonia)۔ یہ بہت کچھ حاد ذات الریہ کے حملہ کی طرح شروع ہوتی ہے، جس میں ایک پہلو میں درد، تیز بخار، سردی لگنا (chills)، اور شب عرقی (night-sweats)، کھانسی اور نفث ہوتے ہیں۔ طبیعی امارات بھی ذات الریہ کے ہوتے ہیں۔ لیکن وہ راس پر سب سے زیادہ نمایاں ہو کر نیچے کو پھیلتے ہیں۔ اصمیت (dulness)، شعبی تنفس اور شعبہ صوتی (bronchophony) کے ساتھ موٹے مخاطی لغطات، متنغم لغطات (consonating râles)، اور بلند کلک (loud clicks) ہوتے ہیں۔ اکثر یہ حالت ایک پھیپھڑے کی نسبت دوسرے میں بہت زیادہ نمایاں ہوتی ہے۔ یہ خرابی بسرعت پھیل جاتی ہے، ارتفاع تپش شدید ہوتا ہے، پسینے بکثرت نکلتے ہیں، اشتہا بالکل جاتی رہتی ہے، اور انبطاح (prostration) انتہائی درجہ کا ہو جاتا ہے۔ شش کی شکست و ریخت (breaking down) ہونے کے آثار زیادہ سے زیادہ نمایاں ہوتے جاتے ہیں۔ تپش متوقف (intermittent) طرز اختیار کر لیتی ہے۔ بُصاق ریمی ہو جاتا ہے اور اس میں شش کی بافت کا چورا (debris) موجود ہوتا ہے۔ یہ بیماری یا تو خستگی (exhaustion) کی وجہ سے یا نفث الدم کے

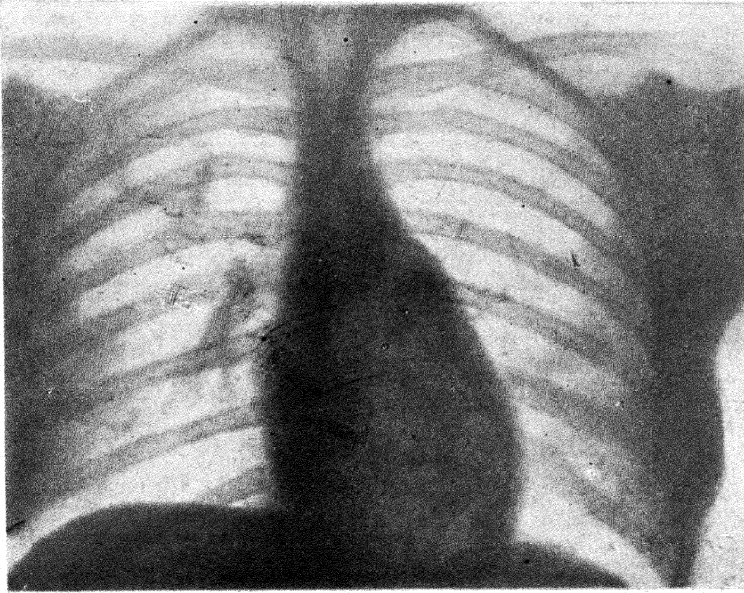
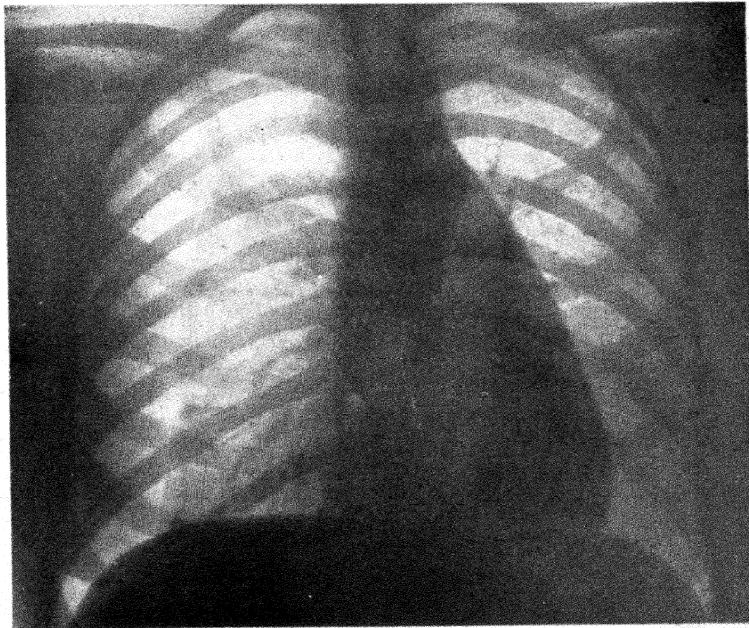
باعث (جو اگر کچھ ہوتا ہے تو نہایت اِفراط کے ساتھ) اکثر پانچ سے بارہ ہفتوں تک میں مہلک ہو جاتی ہے۔

سِلّ نافیہ (hılum phthisis)۔ یہ مرض کی ایک مزمن شکل ہے۔ مریض جو عموماً بچہ اور بعض اوقات بالغ ہوتا ہے ہمیشہ تکان کے احساس کی شکایت کرتا رہتا ہے۔ تپش اکثر خفیف سی بلند ہوتی ہے یعنے صبح کے وقت شاید ۹۹ درجہ فارن ہائٹ اور شام کو ۱۰۰ درجہ فارن ہائٹ (مستقیمی)۔ پیچھے کے طرف شش کی جڑ کے مقام پر ایک یا دونوں جانب عظم الکتف کے فقری کناروں کے درمیان، گھٹا ہوا سُر (ımpaıred note) ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ خاکنائے کرونگ (Kronıg's ısthmus) بھی کم ہو گئی ہو۔ لغطات (râles) شاذ ہی سنائی دیتے ہیں۔ ممکن ہے کہ بالغوں میں قرعی سر میں کوئی تبدیلی نہ پائی جائے۔ ان نہایت ہی غیر متعین طبیعی امارات کے برعکس، لاشعاعیں جڑ کی طبعی چھاؤں (normal root shadows) میں زیادتی ظاہر کرتی ہیں (جو غالباً لمفائی دریختگی کے باعث ہوتی ہے) اور وسیع باریک تنقط (mottlıng) پھیپھڑوں پر ہر جگہ پایا جاتا ہے۔ صرف اُسی وقت جب کہ یہ کیفیت، جو ابتداءً مرکزی ہوتی ہے، سطح تک پہنچ جاتی ہے، لغطات سینہ پر مختلف مقامات پر بالخصوص پھیپھڑوں کی بیرونی سطحوں پر سنائی دیکھتے ہیں۔

170　لیفی سِل (fibroid phthisis)۔ یہ راسی سِل (apıcal phthısıs) کی ایک نہایت مزمن شکل ہے، جو اکثر صرف ایک ہی شش کو ماؤف کرتی ہے۔ سریریاتی لحاظ سے یہ حالت مرضی شش کے انقباض کے علامات سے شناخت میں آتی ہے۔ سینہ بیٹھا ہوا (sunken) ہوتا ہے، قلب ماؤف جانب کی طرف ہٹا ہوا (displaced) ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ مقابل شش اپنا گمک دار رقبہ اسی سمت میں بڑھا دے۔ اگر بایاں شش مرضی ہے تو ممکن ہے کہ طحال اور معدہ اور اگر دایاں شش ماؤف ہے تو ممکن ہے کہ جگر سینہ میں دُور تک اوپر کھنچ آئے۔ کہفوں کے طبیعی امارات خاص کر اس پر ہوتے ہیں، جیسے کہ سِل کی دوسری اصابتوں میں۔ لیکن گمک کی کمی، شعبی تنفس، اور شعبہ صوتی (bronchophony)

شائد سارے ماؤف شُش پر موجود ہوتے ہیں۔ اگر دوسری جانب ماؤف ہوتی ہے تو وہ صرف راس پر ماؤف ہوتی ہے۔ اکثر کھانسی یا نفث زیادہ نہیں ہوتے۔ پسینہ بھی نہیں ہوتا، اور تپش طبعی ہوتی ہے۔ آخری درجوں میں ممکن ہے کہ قلب کے دائیں جانب کا فشل ہو، اور اس کے ساتھ سانس پھولا ہوا، استسقا اور زراق بھی۔

سِلّ کی تشخیص۔ ترقی یافتہ اصابتوں میں علامات اور طبعی اِمارات تشخیص کو واضح کر دیتے ہیں۔ ابتدائی درجوں اور سکون (quiescence) یا ایقاف (arrest) کے زمانوں کے سوائے بُساق درنی عصیات ظاہر کرے گا۔ اُن کی شناخت کے لئے ضروری ہے کہ ان کی تلوین کر کے ان کو ۲۵۰ یا ۴۰۰ قطروں کی خردبینی طاقت سے دیکھا جائے۔ آجکل زیل نیلسین (Ziehl Neelsen) کا طریقہ تلوین عام طور پر استعمال کیا جاتا ہے۔ ایک شیشۂ محافظ پر بُساق کی ایک پتلی تہ کا آلود (smear) پھیلا لیا جاتا اور آہستہ آہستہ گرم کر کے خشک کر لیا جاتا ہے، اور پھر شریحہ (slide) کو ایک اسپرٹ لیمپ کے شعلہ میں سے تین بار گذار کر اسے مثبت کر لیا جاتا ہے۔ الکحل مطلق کے ۱۰ حصوں میں فکسین (fuchsin) کے ایک حصے کا محلول، فینال کے ۵ فی صدی آبی محلول کے ۱۰۰ حصوں میں شامل کر دیا جاتا ہے۔ اِسے گرم کیا جاتا ہے، یہاں تک کہ بھاپ اُٹھنے لگے۔ اب فلم کو نیچے کی طرف رکھتے ہوئے شیشۂ محافظ کو اس آمیزہ پر تین یا چار منٹ تک ترایا جاتا ہے، اور پھر پانی سے دھو کر سلفیورک ایسڈ کے ۲۰ فی صدی محلول میں ڈبو دیا جاتا ہے، یہاں تک کہ اس کا رنگ اُڑ جائے۔ پھر اس کو پانی میں دھو لیا جاتا ہے، اور میتھلین بلیو (methylene blue) کے تقریباً سیر شدہ آبی محلول کے ذریعہ اس کی ضدتلوین (counter-stain) کر لی جاتی ہے، پھر اُسے جلدی سے پانی سے دھو یا جاتا ہے، خشک کیا جاتا ہے اور اس کا ترکب زائلال بالسم (xylol balsam) میں کر لیا جاتا ہے۔ نیز تشخیصی اغراض کے لئے بُساق کا اشراب ایک گینی پگ میں کیا جاتا ہے، اور چھ ہفتوں کے بعد اس جانور کا امتحان دُخنی تدرن (miliary tuberculosis) کے لئے کیا جاتا ہے۔

صحفہ ،

الف۔ سل ریوی میں دائیں راس پر کہفہ ہے

ب ۔ وہی مریض استرواح الصدر کے امالہ کے بعد۔ دیکھو ایک چھوٹا سا کہفہ ہنوز باقی ہے شش اور جداری پلیورا کے درمیان انضمام ہے اور قلب بائیں طرف کو ہٹا ہوا ہے۔ (یہ شعاع نگاشتیں مسٹر لنڈسے لاک نے لی ہیں)

لچکدار بافت کے ریزے جو آخری درجوں میں بصاق کے ساتھ موجود ہوتے ہیں، خردبین سے دیکھے جاسکتے ہیں، جس کے لئے اُن چھوٹی ناہموار گرہوں (nodules) کو جو بعض اوقات پائی جاتی ہیں، سوئی سے کرید کر پھیلانا چاہیئے، یا بصاق کو بیس منٹ کے لئے لائکر سوڈی (liquor sodæ) میں ابال کر ثفل (sediment) کا امتحان کرنا چاہیئے۔ لچکدار بافت ہر اُس اصابت میں پائی جاتی ہے کہ جس میں شش کی بافت کا فاعلی اتلاف ہو۔

سلّ ریوی کے ابتدائی درجوں میں اُس کی موجودگی کا یقینی طور پر جاننا نسبتہً بہت زیادہ مشکل ہوتا ہے۔ کھانسی، نفث اور لاغری کی زیادہ بیّن علامتوں کے علاوہ، جو ممکن ہے کہ سب کی سب غیر موجود ہوں، مندرجہٗ ذیل سے قیمتی اشارات (indications) حاصل ہوتے ہیں:۔ (۱) تکان کا احساس جس کی مریض کو شکایت ہوا کرتی ہے۔ (۲) مستقیمی تپش میں تغیّرات۔ نہایت ابتدائی اصابتوں میں مستقیمی تپش علی الصباح اُس تپش کی بہ نسبت کم ہوا کرتی ہے جو کہ اوسط معمولی موضوع کی ہوتی ہے، یعنی ۹۷ درجہ فارن ہائٹ سے نیچے۔ ازاں بعد ۷ بجے صبح وہ ہمیشہ ۹۸ء۴ درجہ فارن ہائٹ سے اوپر اور شام کو ورزش کے ایک گھنٹہ کے بعد ۹۹ء۵ درجہ فارن ہائٹ سے اوپر ہوا کرتی ہے۔ یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ عورتوں میں مستقیمی تپش حیض شروع ہونے سے ایک ہفتہ پہلے اور کبھی کبھی ابتدائی حیض کے بعد ایک ہفتہ تک طبیعی طور پر قدرے بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ (۳) ذات الجنب کی سرگذشت بھی موجود ہوسکتی ہے۔

ابتدائی طبیعی امارات، جو تشخیص میں کسیقدر مفید ہوسکتے ہیں، یہ ہیں:۔ ایک راس پر گمک کی کمی (impaired resonance) اور ساتھ ہی گھٹا ہوا حویصلی خریر (vesicular murmur)، یا گھٹے ہوئے حویصلی خریر کے ساتھ شہیق (inspiration) کے دوران میں یا کھانسنے کے دوران میں لغطات (râles)۔ سلّ کی تشخیص میں رانجینی شعاعوں (Rontgen rays) سے قیمتی مدد حاصل ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ طبیعی امارات پائے جانے سے پہلے تمثیلی مناظر موجود ہوں (صفحہ ۶ الف و ۷۔ صفحات 174, 168 ملاحظہ ہوں) ۔ ممکن ہے کہ

ایک ڈائفرام کی حرکت میں کمی ابتدا ہی سے موجود ہو۔

مختلف قسم کے جلدی درنے (tuberculides) جب جلد پر شناخت ہو جائیں تو کسی اندرونی تدرنی ضرر کا پتہ دیتے ہیں (ملاحظہ ہو بعد کے صفحات)۔

تشخیص میں ٹیوبرکیولین (tuberculin) - مانٹو (Mantoux) کا کاشفہ اب عالمگیر طور پر استعمال کیا جاتا ہے۔ قدیم ٹیوبرکلین (tuberculin) (Okell, 1930) کو بھاپ کے اوپر دس گنا مرتکز کیا جاتا ہے اور اس کو ۰.۵ فی صدی فینال (phenol) پر مشتمل ایک طبعی مالح کے ذریعہ ترقیق کرکے ہر چودہ دن کے بعد $\frac{1}{10000}$، $\frac{1}{1000}$، $\frac{1}{100}$، $\frac{1}{10}$ کی طاقتوں میں محفوظ کر دیا جاتا ہے۔ $\frac{1}{10000}$ کا ۰.۱ مکعب سینٹی میٹر لے کر اس کو درون جلدی طور پر اشراب کر دیا جاتا ہے اسی طرح جس طرح کہ صفحہ 140 پر بیان کیا گیا ہے۔ ایک تاخیر پذیر موالطب التہابی مجیبیت (response) جس کی اعظم مقرونہ ۲۴ یا ۴۸ گھنٹے سے پہلے واقع نہ ہو، تدرنی سرایت ظاہر کرتی ہے (53)۔ یہ نہایت تعجب کی بات ہے کہ بچھڑے کے گوشت کی گلسرین آمیختہ (glycerinated) پپتونی یخنی بالکل ٹیوبرکلین کی طرح عمل کرتی ہے (54)۔ اس سے اس واقعہ کی یاد تازہ ہوتی ہے کہ واسرمن (Wassermann) تعامل کے لئے ضد جسم آفرین (antigen) غیر آتشکی مادہ سے تیار کیا جاتا ہے۔ اگر ردعمل بالکل نہ ہو تو اگلی طاقت استعمال کی جاتی ہے، وعلیٰ ہذا القیاس۔

تشخیص متمم تثبیتی تعامل کے ذریعہ (complement fixation reaction) - جس طرح کہ تشخیص آتشک کے لئے تعامل واسرمن سے مدد ملتی ہے، اسی طرح تدرن کی تشخیص کے لئے بارڈے گنگاؤ (Bordet Gengou) کے تعامل کے استعمال سے بعض کارکنوں کی رائے کے مطابق حال ہی میں عمدہ نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ زندہ عصیات درنیہ کا ایک مستحلب (emulsion) بطور اینٹی جن (antigen) کے کام میں لایا جاتا ہے۔ جب اسے ایک تدرنی مریض کے مصل کے ساتھ ملایا جائے تو یہ متمم (complement) کی تثبیت کر دیتا ہے، چنانچہ ایک حساس کردہ دم پاش مصل (sensitised hæmolytic serum)

کے ذریعہ سرخ خلیوں کی دَم پاشیدگی (hæmolysis) واقع نہیں ہوسکتی (30)۔
نفث الدّم (hæmoptysis) کو تدرن کی دلالت سمجھ لینے سے پہلے یہ صاف طور پر پہچان لینا چاہیے کہ خون درحقیقت شش سے آتا ہے، نہ کہ معدے، ناک، یا دانتوں سے۔ مریض کے بیانات اکثر غیر تشفی بخش یا گمراہ کن ہوتے ہیں۔ خون پھیپھڑوں سے کھانسا ہوا، سرخ اور جھاگ دار ہونا چاہیے۔ اکثر اس کے آنے سے پہلے حلق میں گدگدی محسوس ہوتی ہے، اور متلی کا وہ احساس نہیں ہوتا، جو قئے الدم (hæmatemesis) میں زیادہ عام ہے۔ مزید برآں اگر خون پھیپھڑوں سے آیا ہے تو مریض آزادانہ نزف واقع ہونے کے بعد عموماً چوبیس یا اڑتالیس گھنٹوں تک بُساق کے ساتھ ملا ہوا خون تھوکے گا۔ یہ ممکن ہے کہ پر پپورا (purpura) میں خون کا نفث فی الحقیقت شش سے ہو، لیکن اس کا سبب متلازم علامات پر سے بآسانی پہچانا جائے گا۔ بعض اوقات نوعمر اشخاص میں مطرانی ضیق (mitral stenosis) میں نفث الدم ہوتا ہے۔ اگرچہ سل ریوی الحلیت اور کہبتِ جگر (cirrhosis of the liver) اکثر ایک ساتھ پائے جاتے ہیں، تاہم پھیپھڑوں سے خون کا آنا اکثر کہبت (cirrhosis) کے دوران میں تدرن سے بالکل علحدہ بھی ہوسکتا ہے، اور غیر معمولی بلند شریانی دباؤ کی وجہ سے بالخصوص معمر اشخاص میں، نفث الدم کا ہونا شاذ نہیں۔

بعض اوقات بین رو (intercurrent) شعبی التہاب (bronchitis) یا ذات الریہ سے سل ریوی مخفی ہوجاتی ہے۔ ایک یا دوسرے راس پر طبیعی امارات کی تفخیم (accentuation) اہم ہے، نیز سرگذشتِ مرض، نفث الدم (اگر وہ موجود ہو)، اور بُساق میں عصیّوں کا پایا جانا۔ تمدّد الشعب (bronchiectasis) کے ساتھ خلط ملط ہوجانے کے امکان کا تذکرہ پہلے کیا جاچکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 137)۔ تقیّح الصدر کے ساتھ بخار، پسینہ، اور لاغری موجود ہوتی ہے، اور اگر وہ شش میں سے ہوکر پھوٹ پڑے تو کھانسی اور ریمی بُساق موجود ہوگا۔ طبیعی امارات عموماً قاعدے میں موجود ہوں گے۔

انذار۔ اور کسی مرض میں اصابتیں شاذ ہی اس قدر مختلف ہوتی ہیں

جسقدر کہ وہ سِل ریوی میں ہوتی ہیں ۔ اگر اس کی شناخت اس کے ابتدائی درجہ میں ہوجائے تو یہ اسقدر کلی طور پر شفایاب ہوسکتی ہے کہ سریریاتی طور پر اسکے کوئی آثار نہیں پائے جاسکتے ۔ بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ یہ چند ہی مہینوں میں مہلک ہوجائے ۔ یا ممکن ہے کہ یہ دس بیس' بلکہ پچاس سال تک جاری رہے اور اس سارے عرصہ کے دوران میں واضح طبیعی اِمارات اور علامات موجود رہیں۔ اس میں سرایت کی قشبیت (virulence) 'اور مریض کی قابلیتِ مدافعت' یہ دونوں تغیر پذیر عناصر ہوتے ہیں' اور تاوقتیکہ مریض کچھ عرصہ تک زیرِ مشاہدہ یا زیرِ علاج نہ رہے یہ اندازہ کرنا مشکل ہے کہ اُن میں سے کون غالب رہے گا ۔ ممکن ہے کہ علاج سے فی الفور بہتری واقع ہوجائے' یا دورانِ مرض میں کسی وقت بھی' مریض کی محافظ قوتیں اس قدر زیادہ ہوجائیں کہ عرصہ دراز کے لئے اس کے عمل کو روک دیں ۔ اور کسی حالت میں بھی اس کے متعلق جلد بازی سے پیشین گوئیاں نہ کرنی چاہئیں کہ خاتمہ کب ہوگا ۔ تاہم بعض عاملات کے متعلق معلوم ہے کہ وہ اِنذار پر اثر انداز ہوتے ہیں۔ مثلاً مِڈ ہرسٹ (Midhurst) کی شاہ ایڈورڈ ہفتم کی صحت گاہ سے خارج شدہ سِل کے مریضوں کی سرگذشتہائے مابعد (after-histories) نے اخراج کے تین تا سات سال بعد پہلے درجہ میں ۱۵٫۶ فی صدی اموات (Turban-Gerhardt) درجۂ دوئم میں ۴۸٫۰ فی صدی اموات' اور درجۂ سوئم میں ۷۰٫۴ فی صدی اموات ظاہر کئے ۔ جب تدرنی التہاب حنجرہ بھی موجود تھا تو یہ اعداد علی الترتیب ۹٫۴۲' ۶۳٫۳' اور ۸۷٫۳ فی صدی تھے ۔ اِس پیچیدگی نے اِنذار کو بہت بدتر بنادیا' بالخصوص ابتدائی درجوں میں (5) ۔ دوسری پیچیدگیوں کی موجودگی بھی ناموافق ہوتی ہے ۔ اِنذار اس وقت بہت بہتر ہوتا ہے جب کہ علاج کی وجہ سے یا تو بُصاق نہ ہو یا اُس میں عصیاتِ درنیہ نہ مِل سکیں ۔ اِنذار کا انحصار اس احتیاط کی مقدار پر بھی ہوتا ہے جو مریض اخراج (discharge) کے بعد اپنے متعلق اختیار کرے ۔ بالعموم وہ مرفہ الحال اشخاص کے نسبت اہلِ حرفہ کی حالت میں بہت بدتر ہوتا ہے ۔ حمل بھی اس مرض پر ناموافق اثر رکھتا ہے'

اور یہ امر ابتدائے زچگی کے بعد مشاہدے میں آتا ہے۔

تحریز۔ تازہ ہوا اور عمدہ غذا، جیسی کہ مریض سل کے لئے مناسب بتائی گئی ہے، مسلول والدین کے بچوں کے لئے بھی مناسب ہے۔ ایسے ہی ذرائع سے وہ اس عصیہ کے مقابلہ کے لئے اپنی بافتوں کی قوت مدافعت بہترین طور پر بڑھا سکتے ہیں۔ اُن مسلول مریضوں کو جو شادی کرنے والے ہوں اس خطرے سے آگاہ کر دینا چاہئے کہ اُن کی اولاد میں اس مرض کے نمویاب ہو جانے کا امکان ہے۔ اسی طرح ایک تندرست زوج کو سرایت ہو جانے کا صریح خطرہ ہے۔ اگر کسی مکان میں ایک مسلول مریض رہتا ہے تو دوسرے تندرست مکینوں کو سرایت کے خطرہ سے اپنی حفاظت کرنی چاہئے۔ مریض کو ایک علیحدہ کمرے میں سونا چاہئے جس میں کوئی دوسرا نہ رہے۔ درونی جامے (underclothes) اور بستر کے کپڑوں کو دھونے سے پہلے گرم پانی میں ابال لینا چاہئے۔ مکان میں وافر ترویح ہونی چاہئے۔ تمام اصابتوں میں بصاقوں (sputa) کو ایک عفونت کش سیال (۵ فی صدی کاربولک کے محلول) کے اندر تھوکنا (eject) چاہئے، اور بالآخر اُنھیں دس منٹ کے لئے اُبلتے ہوئے پانی میں منکشف کر کے بے ضرر (innocuous) بنا لینا چاہئے۔ تدرن زدہ مائیں اپنے شیر خوار بچوں کو دودھ نہ پلائیں۔

علاج۔ ایک ابتدائی اصابت کے لئے اہم ترین علاج کامل سکون و آرام ہے یہاں تک کہ کوئی تپ باقی نہ رہے، اور مزمن اصابتوں کے لئے ایک زرّیں قاعدہ یہ ہے کہ ہر ہفتہ میں ایک دن بستر میں گذارا جائے۔ دیگر ضروریات "تازہ ہوا (ملاحظہ ہو صفحہ 5) اور مفرط عمدہ غذا ہیں۔ حتی الامکان مریض کو بے محنت اور بے غم زندگی بسر کرنی چاہئے۔ عورت میں حمل نہ ہونے دینا چاہئے، اور اگر حمل شروع ہو گیا ہو تو اُسے ابتدائی درجہ ہی میں ختم کر دینا چاہئے۔

تدرنی سرایت کا ثبوت بہم پہنچنے کے بعد مندرجۂ بالا مقاصد کو مدنظر رکھ کر علاج حتی الامکان فی الفور شروع کرنا چاہئے۔ علاج کے کارآمد طریقے دو گروہوں میں تقسیم کئے جا سکتے ہیں:۔ عمومی، جیسے صحت گاہی علاج، تبدیل آب و ہوا کے ساتھ یا اُس کے بغیر۔ نوعی (specific)، جیسے ٹیوبرکیولین کا علاج

مصنوعی استرواح الصدر (artificial pneumothorax) اور سانوکرائسین (sanocrysin) ۔ علاماتی علاج (symptomatic treatment) بھی حسب ضرورت عمل میں لانا چاہیئے ۔

صحت گاہی علاج (sanatorium treatment) ۔ صحت گاہی علاج کا اولین مقصد یہ ہے کہ مریضوں کو مرض کے متعلق کافی معلومات حاصل کرا دیئے جائیں تاکہ وہ اپنی باقی زندگیاں ایسے حالات کے تحت بسر کر سکیں جو شفا کے لئے سازگار ہوں ۔ دوسرا مقصد یہ ہے کہ کم از کم تین مہینوں کے عرصہ کے لئے، جسے اس سے بہت زیادہ طویل ہونا چاہیئے، ایسے حالات بہم پہنچا دیئے جائیں جو ان کی شفایابی کی ابتدا کرنے میں ممد ہوں ۔ مریضوں کو حد سے زیادہ گرم نہ رکھنا چاہیئے کیونکہ سردی تحول (metabolism) میں تہیج پہنچاتی ہے ۔ وہ عملاً دن بھر اور رات بھر کھلی ہوا میں رہتے ہیں، کسی کھلے مقام پر یا ہوا اور مینہ سے بچانے والے محفوظ مقامات (shelters) میں سونے کے کمرے اور دن کے کمرے کامل طور پر ترویح یافتہ ہوں اور یہ کمرے ایسے بنے ہوئے ہوں کہ گرد و غبار کے اجتماع کو روکیں ۔ مریضوں کو عمدہ غذا دی جاتی ہے، یعنی روزانہ سادہ مگر مختلف قسم کے تین کھانے دیئے جاتے ہیں اور کھانے کے بعد بچی ہوئی غذا کو تول کر اس امر کی احتیاط رکھی جاتی ہے کہ وہ غذا کی کافی مقدار کھائیں ۔ ورزش کی اجازت صرف اسی وقت دی جاتی ہے جب کہ صبح کی تپش طبعی درجہ پر اور شام کی تپش (مستقیمی) ۹۹٫۵ سے اوپر نہ ہو ۔ ورزش تپش کو غالباً کچھ عرصہ کے لئے بڑھا دیگی ۔ اگر تپش ایک گھنٹہ کے آرام کے بعد طبعی درجہ پر نہ گر جائے تو ورزش موقوف کر دینی چاہیئے ۔ مریض آہستہ چلنا شروع کرتا ہے اور پھر ورزش کی مقدار بتدریج بڑھائی جاتی ہے ۔ بہرحال وہ کھانا کھانے سے ایک گھنٹہ پہلے اور ایک گھنٹہ بعد تک آرام لیتا ہے ۔ اور اسے تند ورزش اور ہیجان پیدا کرنے والے کھیلوں یا تفریحات کی ممانعت ہے ۔ مریض کا لباس ہوا کی تپش کے مطابق ہونا چاہیئے ۔ اس نظام کے مطابق علاج کرنے سے بہت سے مریضوں کو عارضی طور پر فائدہ پہنچا ہے، لیکن اس پر تین ماہ کے عرصہ (جس کے لئے وہ بعض اوقات تجویز کیا جاتا ہے) سے بہت زیادہ مدت تک عمل پیرا ہونا چاہیئے ۔

واقعہ یہ ہے کہ غربا کی جماعت کے مریضوں کے باحتیاط منضبط کردہ نتائج کے ایک سلسلہ سے ظاہر ہوا ہے کہ تین ماہ کا صحت گاہی علاج بالکل فائدہ بخش نہ ہوا، غالباً اس وجہ سے کہ مریض اپنے طبعی ماحول میں دماغی اور جسمانی طور پر مدافعت مرض کے لئے کم و بیش متوافق ہو گیا تھا، لیکن صحت گاہ میں کچھ عرصہ ٹھہرنے کے بعد اس کا یہ توافق زائل ہو گیا، اور جب وہ اپنے معمولی ماحول اور کام پر واپس گیا تو پھر یہ توافق اسے دوبارہ حاصل نہ ہوا (Ward)۔ اس کے ساتھ ہی یہ بھی ہے کہ صحت گاہ میں چند روزہ قیام یوں بھی مفید ہوگا کہ مریض اپنے علاج کے اصول سیکھ جائے گا، تاکہ وہ خود اپنے گھر پر جہاں تک حالات اجازت دیں ان پر عمل پیرا ہو سکے۔ بالخصوص آرام، ترویح، بُصاق کے جمع کرنے اور تلف کرنے، اور مغذی غذا کی افراط پر زور دینا چاہیے، اور مریضوں کو اپنی تپشیں لینا سکھانا اور جب تک تپش بڑھی ہوئی ہو بستر پر آرام لینا چاہیئے۔ اس لحاظ سے تدرنی دوا خانے (dispensaries) مفید ہیں۔

173

صحت گاہ کی ایک ترقی یافتہ صورت تدرنی نوآبادی (colony) ہے، جہاں مریض مع اپنے خاندان کے کم و بیش مستقل طور پر اضلاع میں موافق حالات کے تحت رہ سکتے ہیں اور کوئی ایسا پیشہ انجام دے سکتے ہیں جو ایک حد تک ان کے علاج کے مصارف پورا کر دیتا ہے (31)۔

تبدیل آب و ہوا۔ عموماً جو مقامات منتخب کئے جاتے ہیں وہ جنوبی آفریقہ، نیوزیلینڈ، سوئزرلینڈ یا ٹاٹرا (Tatra) کی بلندیاں، ڈیواس (Davos)، مانٹانا (Montana) اور ملوجا (Maloja) جیسے مقامات پر ہیں یا انگلستان کا مشرقی ساحل ہے۔ ایک پہاڑی مقام کے خلیاتی اثرات کہ جس کی فضا میں نسبتہً پست آکسیجنی دباؤ ہوتا ہے، عدیم المثال ہوتے ہیں (55)، اور جو کچھ بھی فائدہ ہوتا ہے یقیناً انہی کی طرف منسوب کیا جا سکتا ہے، خصوصاً خون آفریں اعضا پر ایک تہییجی اثر، جس سے کثرت خلیات احمر اور خون میں ہیموگلوبن کی زیادتی واقع ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 5)۔ بسا اوقات طویل المدت سکونت کی ضرورت ہے اور کسی درمیانی مقام مثلاً بال (Bâle) پر کچھ وقت پہلے گذار لینا زیادہ محفوظ ہے۔ مریض کو ان میں سے کسی ایک مقام پر خشک، سرد اور تقویت بخش ہوا

مل سکتی ہے، جس سے وہ بلا ہیرری لگ جانے کے خطرے کے، روزانہ کئی گھنٹوں تک گھر سے باہر رہ کر لطف اندوز ہو سکتا ہے۔ اور سارا موسم سرما اُس سردی، مرطوبیت اور کہر سے محفوظ رہ کر صرف کر سکتا ہے جو کہ انگلستان کے بیشتر حصہ میں اس موسم میں ہوتی ہے، اور گرمائیں اپنے گھر واپس آ سکتا ہے، جب کہ موسم زیادہ قابلِ برداشت ہوتا ہے۔ سرما کی آمد کے ساتھ اُسے پھر وہی آب و ہوا تلاش کرنی چاہیئے جیسے وہ موافق پا چکا ہے۔ سِل ریوی کے اُن مریضوں کے لئے، جنھیں ثانوی شعبی التہاب کی سرایت ہو، ایک خشک آب و ہوا بالخصوص مرغوب ہے۔ زیادہ ترقی یافتہ اصابتوں میں ممکن ہے کہ نسبتہً کم شدید آب و ہوائیں (milder climates) فائدہ مند ہوں جیسے کہ ریویرا (Riviera) کی یا انگلستان کے جنوبی ساحل کی۔ غسل آفتابی (sun-bathing) یا علاج شمسی (heliotherapy) یا ماوراءِ بنفشی روشنی (ultra-violet light) سے علاج، جیسا کہ جراحی تدرن میں عمل میں لایا جاتا ہے، بالعموم قرینِ مصلحت نہیں ہوتا کیونکہ ششوں کے امتلاء کے باعث نفث الدم ہونے کا امکان ہے۔ سوئزرلینڈ میں تو یہی تجربہ ہوا ہے، تاہم ممکن ہے اس ملک میں لوگ اسے بہتر برداشت کریں۔ یہ علاج نہایت آہستہ آہستہ شروع کرنا چاہیئے، اور جوارح سے شروع کر کے منکشفہ سطح کو بتدریج بڑھا دینا چاہیئے۔ حرقتہ الشمس (sun-burn) سے بچاؤ کرنا چاہیئے۔ مقصود یہ ہو کہ احمرار (erythema) یعنے جلد کی سرخی پیدا ہو جائے، جس کے بعد لونیت (pigmentation) پیدا ہو جاتی ہے۔ جہاں مرض فاعلی ہو، اور محنت کرنے پر خفیف بخار، نفث الدم وغیرہ ہوں، وہاں علاج شمسی کا استعمال نہیں کرنا چاہیئے (32)۔

ٹیوبرکیولین کا علاج (tuberculin treatment)۔ اس سے یہ مقصود ہوتا ہے کہ اجسام دافعہ (anti-bodies) پیدا کر کے جسم کو تدرنی سرایت سے مناعت یافتہ کر لیا جائے۔ شاید کاخ کی جدید ٹیوبرکیولین (Koch's new tuberculin)، یا "ٹی۔ آر" (T. R.) (tuberculin Ruckstand)، جو سنوف کردہ (triturated) انسانی عصیّوں کا ایک مستحلب ہے، نہایت عام طور پر مستعمل ہے۔ اس کی مقدارِ خوراک کے متعلق موجودہ دستور یہ ہے کہ اُسے اُس نقطہ سے

ذرا ہی کم رکھا جائے جس پر تعامل حاصل ہوتا ہے۔ اِسے غیر حموی اصابتوں میں استعمال کرنا چاہیئے، اور تعامل کی شناخت کی غرض سے پورے دورانِ علاج میں تپش پہ احتیاط دیکھنی چاہیئے۔ ابتداءً ایک نہایت تھوڑی خوراک دینے میں نسبتہً کوئی خطرہ نہیں، مثلاً خواہ کوئی بھی تجویز استعمال کی جائے اس کے ۰۰۱ء مکعب ملی میٹر، پھر تین یا چار دنوں میں اس سے دونی مقدار یعنی ۰۰۲ء مکعب ملی میٹر، پھر اتنے ہی عرصہ کے بعد اس سے دونی مقدار یعنی ۰۰۴ء مکعب ملی میٹر، اور پھر اتنے ہی وقفوں سے، یا ہفتے میں دو بار اسی طرح بڑھتی ہوئی مقدار یہاں تک کہ ایک خفیف، مقامی یا عمومی، تعامل مشاہدے میں آئے، یعنے مقام اشراب پر قدرے دبازت، یا بخار، دردسر، کسلمندی، وغیرہ۔ یہ علامات عموماً چوبیس گھنٹے میں واقع ہو کر تقریباً اتنے ہی عرصہ میں رفع ہو جاتے ہیں۔ پھر تین یا چار دن کے بعد آخری خوراک مکرر دینا چاہیئے، جب کہ تعامل، اگر وہ واقع ہو تو کم ہوگا، اور جلد ہی یہی خوراک کوئی تعامل پیدا کرنے میں بالکل ناکام رہیگی۔ اس کے یہ معنے ہیں کہ اس مقدار کا تحمل (tolerance) پیدا ہو گیا ہے۔ اب ہر نصف ہفتے کے وقفہ سے نسبتہً بہت تھوڑے اِضافوں کے ساتھ مقدارِ خوراک کو بڑھانا چاہیئے یہاں تک کہ ایک تعامل واقع ہو جائے، اور علیٰ ہذا القیاس اسی طرح بڑھاتے رہنا چاہیئے۔ اس علاج کی مدت چھ ماہ سے اٹھارہ ماہ یا دو سال تک کی ہے۔ براَنیک (Beraneck) کی بنائی ہوئی ایک ٹیوبرکیولین کا درونِ جلدی راہ سے اشراب کیا جاتا ہے۔ عُصَیّاتِ دَرَنیہ کے شحمی غلاف کو علیحدہ کر کے بنائی ہوئی ایک جدرین کے استعمال کے کچھ نتائج شایع ہوئے ہیں (34)۔

مصنوعی استرواح الصدر (artificial pneumothorax) یہ علاج ۱۸۲۱ء میں کارسن (Carson) باشندۂ لورپول (Liverpool) نے بیان کیا لیکن یہ محض گذشتہ چند سالوں کے عرصہ میں ہی وسیع طور پر اختیار کیا گیا ہے۔ پھیپھڑوں کے تدرن کے اندمال کو روکنے والا ایک سبب یہ ہے کہ یہ بافت سینہ کے اندر منفی دباؤ سے پھیلی ہوئی رہتی ہے، اور جو کوئی کہفے بن جاتے ہیں وہ بند نہیں ہو سکتے۔

اگر کہفہ صدر کے اندر ہوا کا اشراب کیا جائے تو پھیپھڑا دب کر پچک جائے گا نیز یہ ممتلی ہو جائے گا جس سے اندمال کو مدد پہنچتی ہے (65)۔

یہ عملیہ اُن اصابتوں میں خاص کر موزوں ہوتا ہے جن میں ایک شش تو وسیع طور پر مرض زدہ ہو اور دوسرا نسبتہً تندرست۔ گذشتہ زمانہ میں یہ بالخصوص ترقی یافتہ اصابتوں کے لئے کام میں لایا جاتا تھا، لیکن موجودہ رجحان اِسے زیادہ وسیع طور پر استعمال کرنے کا ہے، فی الحقیقت یک جانبی مرض کی ہر اصابت کے لئے جس میں تدنی عمل پھیل رہا ہو۔ اعداد و شمار کی شہادت موجود ہے کہ یہ علاج مفید ہوتا ہے (Saugman)۔ نفث الدم، نزف والی جانب پر فوری استرواح الصدر عمل لانے کا خاص داعیہ ہے۔ اس علاج کو صفحہ ۶ میں واضح کیا گیا ہے۔

آلہ در اصل ایک مبزل اور قنولچہ (trocar and cannula) پر مشتمل ہوتا ہے جو اولاً ایک آبی فشار پیما (water manometer) سے، اور ثانیاً ایک ہوا بھرے ہوئے آخذ (receiver) سے ملحق ہوتا ہے تاکہ ہوا کی ایک نپی ہوئی مقدار سینہ کے اندر داخل کی جا سکے۔ جلد اور عمیق تر بافتیں ۰.۵ فی صدی نووکین (novocaine) سے عدیم الحس کر لی جاتی ہیں۔ کچوکا یا تو براہِ راست یا جلد کے آرپار ایک خفیف سا شگاف دے کر لگایا جاتا ہے۔ اور یہ امر کہ سوئی کہفہ پلیورا کے اندر ہے فشار پیما کے سیال کے اہتزازات سے شناخت ہو جاتا ہے، اور بلاشبہ یہ سیال ایک منفی دباؤ ظاہر کرتا ہے۔ یہ اہتزازات پانی کے ۴ تا ۶ مکعب سینٹی میٹر ہونے چاہئیں۔ اور اگر اہتزازات ۱ یا ۲ .cms سے زائد نہ ہوں تو سوئی غالباً کہفہ پلیورا کے اندر نہیں ہے۔ جب اس کا یقین ہو جائے کہ سوئی کہفہ پلیورا کے اندر ہے تو ہوا ۳۰۰ سی۔ سی تا ۵۰۰ سی۔ سی کے برابر یا فشار پیما کے نقطۂ صفر کے قریب قریب اہتزاز کرنے تک، اندر داخل کر دی جاتی ہے۔ ایک ہفتہ کے بعد اور ہوا کا اشراب کیا جا سکتا ہے۔

ہوا کی مکرر بھرتی (refills) اس گیس کے جذب کے لحاظ سے ۵۰۰ تا ۸۰۰ سی سی کی مقداروں میں، اور ابتداءً ہفتہ وار یا پندرہ روزہ وقفوں سے ہونی چاہئے اگرچہ بعد میں زیادہ طویل وقفے دیئے جا سکتے ہیں، کیونکہ جذب نسبتہً کم ہو گا۔ اسے تین سال یا زائد عرصہ تک جاری رکھنا چاہئے۔ آخری دباؤ پانی کے + ۱۰ سینٹی میٹر سے

کبھی زائد نہ ہونا چاہیئے۔ زمانۂ ماضی میں خاص حادثہ ہوائی سداویت (embolism) کے باعث ہوا ہے۔ لیکن اگر سوئی فی الحقیقت پلیورائی کہفہ کے اندر ہو تو یہ کبھی واقع نہیں ہو سکتا، اور یہی مقصد فشار پیما کے رکھنے کا ہے۔ بالکل شاذ اصابتوں میں ناگوار اثرات، یعنی بہر اور اختلاجات، شحوب بلکہ بعض اوقات بے ہوشی بھی مشاہدے میں آتے ہیں، جو پلیورائی معکوسہ (pleural reflex) سے منسوب کیئے جاتے ہیں۔

بعض اوقات واسط (mediastinum) کمزور ہوتا ہے اور بآسانی مقابل جانب کی طرف ہٹ جاتا ہے۔ اس میں ممکن ہے کہ بے آرامی اور بہر ہو جائے۔ یہ حالت لاشعاعوں سے بآسانی شناخت کی جا سکتی ہے، اور یہاں اس امر پر زور دینا چاہیئے کہ علاج سے پہلے اور شروع سے آخر تک ہر اصابت کو لاشعاعی پردے پر عکس ڈال کر دیکھنا (screening) ضروری ہے۔ بعض اوقات پلیورا تندرست جانب کو غبارگی یافتہ ہو جاتا ہے ("balooning" of the pleura) لیکن اگر ایسا بلا کسی علامات کے ہو تو کوئی مضائقہ نہیں۔ تقریباً آدھے مریضوں میں علاج کے دوران میں ایک صاف انصباب نمویاب ہو جاتا ہے۔ جب یہ نمودار ہو جائے تو یہ علاج کم فاعلی ہونا چاہیئے، کیونکہ پلیورا میں التہاب موجود ہے۔ تاوقتیکہ تپش بلند نہ ہو اس سیال کو نکالنے کی ضرورت نہیں، اور اگر نکالا جائے تو اس کی جگہ گیس بھر دینا چاہیئے۔ استرواح الصدری علاج کی ایک توسیع جو بالکل ابتدائی اصابتوں کے لئے موزوں ہے، یہ ہے کہ کہفۂ پلیورا کے اندر ہوا کا ایک خفیف حجم داخل کر دیا جائے، جو ششش کے دررنجتہ حصے کے گرد مجتمع پایا جاتا ہے اور ایک جزئی ہبوط پیدا کر دیتا ہے درآنحالیکہ تندرست حصہ پھیلا ہوا رہتا ہے۔ جزئی استرواح الصدر دو جانبوں پر پیدا کیا جا سکتا ہے۔ لیکن ہوا کی مکرر بھرتی (refills) بار بار عمل میں لانا چاہیئے (35)۔ جب متواتر ہوا بھرنے کے باوجود استرواح الصدر مسدود ہو جانے کا رجحان رکھے، یا جب ایک تدرنی تقیح الصدر (tuberculous empyema) پیدا ہو جائے تو یہ تزئیت الصدر (oleo-thorax) عمل میں لانے کے واعیات ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 137)۔

جب مکمل یک جانبی استرواح الصدر کامیابی کے ساتھ انجام دے دیا گیا ہے تو ۰۰ فی صدی مریض کام پر واپس جانے میں کامیاب ہو گئے ہیں، لیکن اس

علاج میں خاص وقت، انضمامات (adhesions) کی موجودگی ہے، جو ہبوط واقع ہونے میں مزاحم ہوتے ہیں، اور اس صورت میں صرف ۳۲ فی صدی کامیاب ہوتی ہیں۔ تاوقتیکہ انتراب عمل میں لانے کی کوشش نہ کی جائے انضمامات کو تشخیص کرنا ناممکن ہوتا ہے۔ بعض اوقات متواتر بھرتیوں (refills) کے بعد وہ خود بخود ٹوٹ جائیں گے۔ لیکن جب ایسا نہ ہو تو ان کو قطع کر دینے کی کوششیں عمل میں لائی گئی ہیں۔ ان کا تعین مقام ایک صدر بین (thoracoscope) داخل کر کے کیا جاتا ہے، اور پھر ان کو کی کر دیا جاتا ہے۔ بدقسمتی سے اس قسم کے عملیہ کی کارروائی تدرنی تقیح الصدر پیدا کر دینے کا رجحان رکھتی ہے، تاوقتیکہ انضمامی بند کو ٹھیک محیط پر نہ قطع کیا جائے۔ حال ہی میں کئی نئی قسم کے آلات بیان کئے گئے ہیں (57'56)۔

175

حال ہی میں دو دوسرے عملیے یعنی سینہ پیوندی (thoracoplasty) اور قلع عصب ڈایافرامی (phrenic avulsion) کامیابی کے ساتھ عمل میں لائے گئے ہیں۔ سینہ پیوندی (thoracoplasty) میں پسلیوں کے پچھلے حصے، زاویوں کے ذرا سامنے کے مقام سے لے کر فقرات کے مستعرض زائدوں سے جسقدر ممکن ہو اسقدر قریب تک، بروں پلیورائی طور پر (extra-pleurally) نکال دیئے جاتے ہیں۔ کامل سینہ پیوندی میں پہلی سے دسویں پسلی تک سب پسلیوں کے حصے نکال دیئے جاتے ہیں، لیکن ان اصابتوں میں جن میں مرض زیرِ بحث لخت میں محدود ہو بالائی پسلیوں میں سے چند پسلیاں سالم چھوڑ دی جاتی ہیں۔ ہلکی ایتھری عدم حسیت (light ether anæsthesia) کو ترجیح دینی چاہئے۔ اس عملیہ کے بعد پینتالیس فی صدی مریض کام کے قابل ہو گئے ہیں ((36))۔ قلع عصب ڈایافرامی (phrenic avulsion) میں گردن کے ایک شگاف کی راہ سے ایک جانب کا فرینک عصب اس کی ڈائفرام کی چسپیدگی کے مقام سے اوپر کھینچ لیا جاتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اس جانب کا ڈائفرام اوپر اٹھ آتا اور مشلول ہو جاتا ہے۔ یہ عملیہ مصنوعی استرواح الصدر یا سینہ پیوندی کی معیت میں، یا قاعدی سل (basal phthisis) میں، یا کھانسی کو روکنے کے لئے (جب وہ کشش کا انضمام ڈائفرام کے ساتھ ہو جانے کی وجہ سے ہو) عمل میں لایا جا سکتا ہے (37)۔

سینوکرائسین (sanocrysin)، جو سونے اور سوڈیم کا ایک تھیوسلفیٹ (thiosulphate of gold and sodium) ہے، اُن مریضوں کی حالت میں استعمال کی جاسکتی ہے، جنھوں نے دوسری قسموں کے علاج کی اچھی مجیبیت نہ ظاہر کی ہو۔ دعویٰ کیا گیا ہے کہ یہ جسم میں عُصیات درنیہ پر ایک راست متلف اثر رکھتی ہے۔ یہ عقیم ایمپولوں (ampoules) میں تقسیم شدہ ہوتی ہے، جن میں ۱،۰ تا ۰،۱ گرام کی وزن کردہ مقداریں ہوتی ہیں۔ استعمال سے فی الفور پہلے اس کی قلمیں عقیم آبِ کشیدہ میں حل کرکے ایک۔ ۱ فی صدی محلول بنالیا جاتا ہے۔ اس محلول کا وریدی راہ سے اشراب کیا جاتا ہے، جس میں اس امر کی احتیاط رکھی جاتی ہے کہ تحت الجلدی بافت کے اندر تراوش (leakage) نہ ہونے پائے، جہاں وہ خراش آور اثر رکھتا ہے۔ مقدارِ خوراک کا تعین مریض کے جسم کے وزن اور پھیپھڑوں میں کے التہابی تغیّر کی نوعیت کے لحاظ سے کرنا چاہیے۔ اُن اصابتوں میں جن میں مرض مزمن ہوگیا ہو، اور ضررات لیفی ساخت سے محصور ہوں، ایک بڑی خوراک دی جاسکتی ہے۔ لیکن حاد اصابتوں میں جن میں مرض کی توسیع حال ہی میں ہوئی ہو، ایک نسبتہً بہت کم خوراک دینی چاہیے۔ علاج شروع کرنے سے پہلے اور دورانِ علاج میں روزانہ قارورہ کا امتحان البیومن کیلئے کرنا چاہیئے اور تاوقتیکہ قارورہ اڑتالیس گھنٹے تک البیومین سے معرا نہو دوا کی خوراک نہ دینی چاہیئے۔ مریض کے وزن اور ضررات کی نوعیت کے لحاظ سے ابتدائی مقدارِ خوراک ۱،۰ تا ۵،۰ گرام ہوگی۔ ممکن ہے کہ تعامل ارتفاعِ حرارت، قئے، اسہال، یا جلد پر ثورانی طفحات (exanthematous rashes) کی صورت میں ظاہر ہو۔ جوں ہی کہ تعامل رفع ہوجائے، یا اگر کوئی تعامل نہ ہو تو اڑتالیس گھنٹے کے بعد، دوسری خوراک دی جاتی ہے، جو پہلی کے نسبت ۵۰ فی صدی زائد ہوتی ہے۔ اِس کے بعد ہر ساتویں دن ایک مزید خوراک دیجاتی ہے، جس کی مقدار اگر مریض اُس کی برداشت کرسکے تو ایک گرام تک بڑھادیجاتی ہے۔ ایک ۱۰ اسٹون (stone) وزن والے مریض کے لئے اس نصاب کے لئے مجموعی مقدار ۸ تا ۱۰ گرام ہوتی ہے، اور اس سے ہلکے مریضوں کے لئے اِسی تناسب سے کم مقدار دیجاتی ہے۔

علاماتی علاج۔ صحت گاہ میں دوران علاج میں دواؤں سے حتی الامکان احتراز کیا جاتا ہے، اور عموماً پایا جاتا ہے کہ مریض کی حالت میں بہتری ہونے کے ساتھ ساتھ علامات غائب ہو جاتے ہیں۔ تمام اصابتوں میں یہ ضروری ہے کہ مستعملہ دواؤں سے ہاضمہ میں خلل نہ واقع ہونے دیا جائے۔

کھانسی۔ کھلی ہوا والے علاج میں ہمیشہ کھانسی میں سریع تقلیل مشاہدہ میں آتی ہے۔ حتی الامکان مریض کو کھانسی کو روکنا چاہیئے۔ اگر کھانسی ہونے سے پہلے حلق میں گدگدی محسوس ہو تو لسانی لوزہ (lingual tonsil) پر آیوڈین کی تصبیغ کرنا مفید ہو سکتا ہے۔ ورنہ کھانسی کا علاج اُسی طرح کرنا چاہیئے جیسا کہ شعبی التہاب (bronchitis) کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے۔

شب عرقی (night sweating)۔ یہ لائکر ایٹرو پین سلف (liquor atropinæ sulph.) کا ایک قطرہ قدرے پانی کے ساتھ شب کو دینے سے، یا آکسائڈ آف زنک (oxide of zinc) ۲ یا ۳ گرین گولی کی صورت میں، ½ گرین ایکسٹریکٹ آف بیلاڈونا (extract of belladonna) کے ساتھ دینے سے عموماً روکے جا سکتے ہیں۔ آرسی نیٹ آف آئرن (arseniate of iron) (½ گرین)، یا پکرو ٹاکسین (picrotoxine) (½ گرین)، یا ٹنکچر آف نکس وامیکا (tincture of nux vomica) بھی استعمال کئے جا سکتے ہیں۔ شب عرقی کے عموماً یہ معنیٰ ہیں کہ رات کے وقت بے حد گرم لباس استعمال کیا گیا ہے، یا مریض کی ذاتی تلقیم (auto-inoculation) خود اس کے سمیات سے بشدت ہو گئی ہے، مثلاً حد سے زائد ورزش سے، اور اس سے طبیب کی اُس نگہداشت پر جو اُس نے مریض کے متعلق کی ہے الزام وارد ہوتا ہے۔

نفث الدم۔ مریض کو بستر میں نیم اضطجاعی وضع (semi-recumbent posture) میں رکھنا چاہیئے، لیکن جب وہ چاہے اُسے اپنی وضع بدلنے کی اجازت دینی چاہیئے۔ سب سے زیادہ کارگر حابس الدم (hæmostatic) کیلسیم کلورائڈ کے دافی صدی محلول کے ۲۰ سی۔ سی کا آہستہ سے درون وریدی اشراب ہے۔ ایک سادہ ترکیب یہ ہے کہ ۵ تا ۱۰ گرام سوڈیم کلورائڈ کے براہ دہن دیئے جائیں۔

اگر مریض مضطرب ہو تو اُس کے بجائے سوڈیم برومائڈ دیا جا سکتا ہے۔ اکثر امائل نائٹرائٹ (amyl nitrite) کے چند قطروں کے استنشاق کے بعد ادماء موقوف ہو جاتا ہے۔ نفث الدم کی بعض خطرناک اصابتوں میں استرواح الصدر کا امالہ کامیاب ثابت ہوا ہے۔ جب ادماء خفیف اور مسلسل ہو تو ایمیٹین (emetine) کے تحت الجلدی اشرابات کامیاب ثابت ہوئے ہیں (Flandin)۔ علاج کا روایتی طریقہ یہ ہے کہ برف کی تھیلی سینہ پر رکھ کر مارفیا کا اشراب کر دیا جاتا ہے۔ لیکن اس میں یہ نقصان ہے کہ خون پھیپھڑوں کے اندر رُکا ہوا (stagnant) رہتا ہے اور اس طرح تدرنی عمل کی ایک حاد توسیع پیدا کرنے میں ممد ہوتا ہے۔ یہ پایا گیا ہے کہ نفث الدم کا وقوع بڑی حد تک مریض کی نقل و حرکت سے بے تعلق ہوتا ہے (38)۔

اسہال۔ اس کے لئے ہمیں احتیاط کے ساتھ غذا کی باقاعدگی عمل میں لانا، اور نباتی حابسات (vegetable astringents)، معدنی ترشوں (mineral acids)، افیون، ½ گرین کی خوراکوں میں سلفیٹ آف کاپر (sulphate of copper) کا، یا کاربونیٹ آف بسمتھ (carbonate of bismuth) کا استعمال کرنا چاہئے۔

پلیورائی التہاب کے درد (pleuritic pains) کثیرالوقوع ہیں، اور اکثر اُن میں اینٹی فلاجسٹین (antiphlogistine) یا تھرموجن وول (thermogen wool) سے، یا سطح سینہ پر ٹنکچر آف آیوڈین کی تصبیغ کر دینے سے تخفیف ہو جاتی ہے۔ مسکنات (anodynes) کے داخلی استعمال کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ بہتوں کا یقین ہے کہ پلیورائی التہاب کا انصباب (pleuritic effusion) تناظر کشش میں مرض کی ترقی میں تاخیر کر دیتا ہے، اور تاوقتیکہ دباؤ انتہائی درجہ کا نہ ہو جائے وہ بزل (tapping) عمل میں نہیں لاتے۔ جس تقیح الصدر میں تفریغ (evacuation) کی ضرورت ہو اُس کا امتصاص (aspiration) عمل میں لانا چاہئے۔

وافر نفث۔ اس حالت کا علاج عفونت کش استنشاق (antiseptic inhalation) اور منفثات سے اُسی طرح کرنا چاہئے جیسا کہ شعبی التہاب کے تحت بیان کیا گیا ہے۔ سر کو نیچے اور پیروں کو اُٹھا ہوا رکھ کر تمیلیت (drainage)

عمل میں لانا مفید ہو سکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 137) ۔

آتشکِ شش

علاوہ شعبات کے تقرحات کے اور اُن سے پیدا ہو جانے والے تضییق (stenosis) کے، جو آتشک کے باعث ہو نا ظاہر ہو چکے ہیں، اور جو شعبہ بینی (bronchoscopy) کے ذریعہ تشخیص کئے جا سکتے ہیں (64)، خود شش کی بافت اس مرض کے اثرات مختلف شکلوں میں ظاہر کر سکتی ہے ۔ ایک شکل معمولی صمغیہ (gumma) کی ہے، جو بالغوں میں نہایت شاذ ہے، اگرچہ شیر خواروں میں زیادہ عام ہوتی ہے، اور کوئی قابلِ شناخت سریریاتی علامات نہیں پیدا کرتی ۔ دوسری شکل آتشکی شیر خواروں کی نام نہاد ذات الریہ ابیض (white pneumonia) ہے ۔ اس میں پھیپھڑے بڑے، سپید، کثیف، اور سخت ہو جاتے ہیں ۔ اُن کی تراشش چکنی اور غیر شفاف ہوتی ہے، بعض اوقات وہ مزاحم (resistant) ہوتے ہیں، اور بعض اوقات بآسانی ٹوٹ جاتے ہیں ۔ خردبینی شش کا منتشر خلوی التہاب، اور ساتھ ہی جوفیزی دیواروں کی دبازت، اور ریوی سرحلمہ کا تقشر (desquamation) اور شحمی انحطاط ظاہر کرتی ہے ۔ ممکن ہے کہ یہ حالت پورے شش کو ماؤف کر دے، یا ایک حصہ یکساں طور پر متغیر ہو جائے، اور دوسرے میں محض انفرادی (isolated) رقبے موجود ہوں ۔ ایک دوسری قسم میں جوفیزوں میں مکعب سرحلمہ کا استر ہوتا ہے، اور توصیلی بافت کی جگہ لیفی ہیکل (fibrous stroma) لے لیتا ہے، جو مکعب جوفیزی سرحلمہ کے خلیات سے دررختہ ہوتا ہے ۔ ان اصابتوں میں پیچ مویے (spirochætes) پائے گئے ہیں ۔ چونکہ یہ ضررات بالخصوص مردہ مولود بچوں (still-born children) میں ہی پائے جاتے ہیں، لہذا ان کی کوئی سریریاتی اہمیت نہیں ۔

خراش آور گیسوں سے تسمم

زہریلی گیسیں کہ جن کو پہلے پہل جرمنوں نے ۱۹۱۵ء میں جنگ میں استعمال کیا تھا، مندرجہ ذیل تھیں:۔ (۱) اغتصاص آفریں۔ ان گیسوں کا عمل بالخصوص شش کے جوفیزوں پر ہو کر حاد اُذیما، عروق شعریہ کی علقیت، اور شقاقی نفاخ (disruptive emphysema) پیدا ہو جاتا تھا۔ شفایاب ہو جانے والے مریضوں میں اُذیمائی سیّال چند روز میں غائب ہو جاتا تھا، لیکن شعبی التہاب اور شعبی ذات الریہ اکثر پیدا ہو جاتا تھا، اور نفاخ جاری رہتا۔ (۲) اشک ریز گیسیں۔ یہ بھی گولوں میں استعمال کی جاتی تھیں، مثلاً زائلال برومائڈ (xylol bromide) اور کلوروپکرین (chloropicrin)۔ (۳) رائی کی گیس (mustard gas)۔ (یہ درحقیقت ایک روغنی مائع ہے، جو زمین پر یا کپڑوں پر چھڑکی جاتی ہے، اور آہستہ آہستہ بخاربن کر اُڑ جاتی ہے)۔ چند گھنٹوں تک رائی کی ایک خفیف سی بُو کے سوائے عموماً اور کچھ نہیں محسوس ہوتا تھا۔ پھر شدید التہاب ملتحمہ (conjunctivitis)، شراسیفی درد اور اس کے ساتھ قے، جلد کا وسیع پھیلا ہوا احمرار (erythema) اور اس کے ساتھ انتفاط (vesication) ہو کر شدید حرقات پیدا ہو جاتے تھے، نیز تنفسی خطّے کی غشائے مخاطی کا التہاب نمویاب ہو جاتا تھا، جس سے نہایت خطرناک علامات پیدا ہو جاتے تھے، تمام سطح متقرّح ہو کر ایک فائبرینی جھلّی سے ڈھک جاتی تھی، اور ثانوی طور پر سرایت زدہ ہو جاتی تھی، اور اگر موت فی الفور واقع نہ ہوتی تھی تو شعبی ذات الریہ نمودار ہو جاتا تھا۔

177

مابعد اثرات۔ گیس سے مسموم شدہ بہت سے مریضوں میں جہدی علامیہ ("effort syndrome") (آگے ملاحظہ ہو) نمویاب ہو جاتا ہے۔ علاماتِ ذیل مشاہدے میں آئے ہیں: مشقت کرنے یا زور لگانے پر سانس کا پھول جانا (۵۰٪[1])، مواظب کھانسی معہ بُصاق کے (۴۸٪)، سینہ کے وار پار درد یا تنگی (۲۵٪)، اختلاج اور کبھی کبھی چکر آنا (۱۴٪)، صبحگاہی قے، یا متلی (۱۲٪)، دردِ سر (۹٪)، ضعف الاعضا

[1] ۔ قوسین کے اندر جو اردو اعداد درج کیے گئے ہیں وہ آکسفورڈ رقبہ میں واقع ۱۹۱۸ء کے ۳۰۰ مبتلا مریضوں میں علامات کا فی صدی حدوث ظاہر کرتے ہیں۔

کے علامات (۷)، آنکھوں کا دُکھنا (۵)۔ ممکن ہے کہ خون سرخ خلیات کی کثرت (polycythæmia) ظاہر کرے۔ اِس تعلق میں ہالڈین (Haldane)، میکنس (Meakins) اور پریسٹلی (Priestley) نے مشاہدہ کیا ہے کہ بعض اوقات اِن مریضوں میں گہرے تنفس کی قوت جاتی رہتی ہے، اور یہ ورزش کے بعد صرف سریع اُتھلے تنفس لے سکتے ہیں۔ ان مشاہدین کا یقین ہے کہ یہ مریض، عمیق تر جوفیزوں کی ناقص ترویح کی وجہ سے جس سے ان حصوں میں سے آنے والا خون ناکمل طور پر ہوا زدہ ہوتا ہے، آکسیجن کی کمی میں مبتلا ہوتے ہیں۔ کوشکِ آکسیجن (oxygen chamber) میں علاج کرنے سے علامات کم و بیش مستقل طور پر رفع ہو جاتی ہیں اور سرخ خلیات کی کثرت (polycythæmia) کم ہو جاتی ہے (Hunt and Dufton)۔

رائی کی گیس کے زہر کے مختلف ریوی عواقب بیان کئے گئے ہیں، جن میں بہت سے ناکس (relapsing) نوعیت کے ہوتے ہیں، یعنے شعبی التہاب، نفاخ، دمہ، اُذیما، اور ریوی خراجات اور "تدرّن کاذب" ("pseudo-tuberculosis") جس کے ساتھ لاغری، بخار، شعبی التہاب، اور راسی لغطات (apical râles) ہوتے ہیں لیکن بُساق میں عصیّاتِ دَرنیہ نہیں ہوتے۔ تلیّفِ شُش (fibrosis of the lung) بھی پایا جاتا ہے۔ یہ حالتیں اُس ثانوی سرایت کے باعث پیدا ہو جاتی ہیں، جو گیس کی وجہ سے معزت پہنچنے کے بعد ہو جاتی ہے۔ بالآخر یہ کہ پھیپھڑوں کے حقیقی تدرن کا ملنا ممکن ہے، اور یہ غالباً اُن مریضوں میں ہوتا ہے جن میں یہ مرض پہلے رُک گیا تھا۔

ریوی سدادیت و علقیت

(PULMONARY EMBOLISM AND THROMBOSIS)

سدادیت (embolism) اور علقیت (thrombosis) کی نوعیت پر امراضِ عروق دمویہ کے باب میں بحث ہو چکی ہے، لیکن یہاں ریوی دوران خون کی اُن خاص

استعدادوں کا بیان درج کرنا مناسب ہے، جن کی وجہ سے یہ اس حادثہ میں مبتلا ہوجاتا ہے۔

شریان ریوی اور اُس کی شاخیں دائیں بطین اور اُذین کی وساطت سے نظامی وریدی تنون (systemic venous trunks) سے راست ارتباط رکھتی ہیں۔ اسی وجہ سے دقیق عضویوں، منجمد خون کے یا کسی دوسری قسم کے ریزوں کا، جو جسم یا جوارح کی وریدوں میں آزاد ہوجائیں قلب کے دائیں کہفوں میں، اور وہاں سے ریوی شریان کے اندر منتقل ہونا لازمی ہے، جہاں وہ اپنی جسامت کے لحاظ سے اس کی کسی بڑی یا چھوٹی شاخ کے اندر مغروز ہوجائیں گے۔ ایک بڑا، پرانا، ورقہ دار (laminated) تھکا بڑی شاخوں میں سے ایک شاخ کو مسدود کرسکتا ہے۔ بعض اصابتوں میں سدادیت ایک لمبا علقہ (thrombus) ہوتی ہے، جو ایک متوسط جسامت والی نظامی ورید سے نکلتا ہے اور دہرا ہوکر گیند کی شکل کا بن جاتا ہے۔

ریوی سدادیت کے نسبت ریوی علقیت زیادہ عام ہے، اور ایسے ضررات ظاہر کرنے والے تفتیش[۳] متوالی لاشوں کے امتحانات (autopsies) میں ۵۰ فی صدی میں واقع ہوئی۔ پھیپھڑوں کے تمام حصوں میں شریان ریوی کی شاخوں میں خون کے تھکے پائے جاتے ہیں، اور ان تھکوں میں تعضی (organism) یا رنگ کی ترتیب کی ابتدا ان کی قبل الموت (ante-mortem) تکوین کی شہادت بہم پہنچاتی ہے۔ "ریوی سدادیت" یا "ریوی علقیت" کی تشخیص عموماً یہ ظاہر کرتی ہے کہ ایک خطرناک ضرر موجود ہے، جو پھیپھڑوں کے اندر وسیع پھیلے ہوئے اثرات پیدا کردیتا ہے، جس کے علامات ضروری التوجہ ہوتے ہیں، اور جس سے مریض کی زندگی فوری خطرے میں ہوتی ہے۔

ریوی سدادیت اور ریوی علقیت فخذی ورید کی علقیت سے پیدا ہوسکتی ہے، جیسی کہ تپ محرقہ، یا سل ریوی میں، یا بوڑھے اشخاص میں عظم الفخذ کے کسر (fracture) میں واقع ہوجاتی ہے۔ یہ دونوں حالتیں حادسرائیوں، مثلاً ذات الریہ سے اور ایسے جراحی عملیات سے بھی پیدا ہوسکتی ہیں جن میں شکم کی

سامنے کی دیوار میں شگاف دینے کی ضرورت واقع ہو (بالخصوص بوڑھے اشخاص میں) (39)۔ بہت سی اصابتوں میں خون کے تھکوں کے اندر دقیق عضویات پائے گئے ہیں۔ سدادات (emboli) کے اثرات اُن کی جسامت کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ اگر ریوی شریان کی بڑی شاخوں میں سے ایک شاخ مسدود ہو جائے تو موت لازمی نتیجہ ہے۔ جب سداد نسبتہً چھوٹا ہوتا ہے تو شُش کے اندر تغیرات واقع ہونے کے لئے وقت مل جاتا ہے' اور بیش دمویت (hyperæmia)' نمشی نزفات (petechial hæmorrhages) اُذیما' اور ہبوط (جس کے گرد نفاخ ہوتا ہے) واقع ہو جاتے ہیں۔

178

اذینی ریشکی انقباض (auricular fibrillation) میں' جو مطرانی ضیق کے ساتھ بالخصوص متلازم ہوتا ہے' اُذین کے اندر چھوٹے علقہ جات بن سکتے ہیں (جس کی وجہ یہ ہے کہ اُذین منقبض ہونے میں ناکام رہ جاتے ہیں)' اور ممکن ہے کہ دائیں جانب کے علقہ جات پھیپھڑوں کے اندر پہنچکر خرد تر شریئوں (arterioles) کو مسدود کر کے پھیپھڑے کے اندروہ مقامی نزفات پیدا کر دیں' جنھیں ریوی مفعات (pulmonary infarcts) کہتے ہیں۔ اس طرح شُش کا ایک مخروطی حصہ' جو طولی تراشش میں فانہ نما ہوتا ہے' اور جس کا قاعدہ شُش کی سطح کی طرف اور راس اندر کی طرف ہوتا ہے' ٹھوس مضبوط (firm) رنگ میں گہرا سرخ' اور بے ہوا ہو جاتا ہے۔ اور خردبین کے نیچے اس کے حویصلات ہوائیہ (air-vesicles) سرخ جسیمات دمویہ سے پُر نظر آتے ہیں۔ اس مخروط کا قاعدہ سطح شُش پر گرد و پیش کی حویصلی بافت سے اوپر اُبھرآتا ہے' اور تھوڑے عرصہ میں ممکن ہے کہ یہ سطح ابتدائی پلیورائی التہاب کے تغیرات (early pleuritic changes) ظاہر کرنے لگے۔ یہ مفعات لختہائے زیرین میں عام ترین ہوتے ہیں اور اکثر نیچے والی کور کو بڑی وسعت تک ماؤف کر دیتے ہیں۔ ایسی صورت میں اُن پر مخروطی یا فانہ نما ہونے کا بیان بہ مشکل اطلاق پذیر ہوتا ہے۔ وہ قطر میں عموماً تقریباً ایک انچ ہوتے ہیں' لیکن بعض اوقات اس سے بہت زیادہ بڑی جسامت تک پہنچ جاتے ہیں۔

ان وریدی اور قلبی علقہ جات کے علاوہ دوسرے اجسام بھی سدادات کا فعل انجام دے سکتے ہیں۔ یعنے بالید کے ذرات، اور شاذ صورتوں میں ایک چھوٹا کیسیتی دُودیرہ (hydatid cyst)، لیکن خاص عام طور پر ریم آفریں دقیق عضویے بھی۔ جب آخر الذکر تنہا یا علقہ کے ذرات کے ساتھ منتقل ہو کر شش میں پہنچتے ہیں، تو تحرّوطی مقعمات جلد ہی پھوڑے بن جاتے ہیں، اور اُن کے ساتھ اکثر ہم پہلو بافت کا شعبی ریوی التہاب ہوتا ہے، یا مصلی، مصلی قیحی، یا قیحی التہابِ پلیورا (pleurisy)۔

ریوی عروق شعریہ کی **شحم سدادیت** (fat embolism) تضرر کا نتیجہ ہوتی ہے، جو چربی کو عروق کے اندر جانے دیتی ہے۔ جراحی تضررات کے سبب سے موت ہو جانے کے بعد پھیپھڑوں کے عروق شعریہ میں چربی کے گلوبچے خردبین سے نہایت عام طور پر نظر آتے ہیں۔

علامات۔ ریوی شریان اور اُس کی بڑی شاخوں کی سدادیت (embolism) کے علامات مسدود شدہ عرق کی جسامت اور تسدد کے درجہ کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ جب فخذی ورید سے نکلا ہوا کوئی بڑا علقہ (thrombus) شریان ریوی یا اُس کی بڑی شاخوں میں سے کسی ایک کے اندر مغروز ہو جاتا ہے تو ممکن ہے کہ موت بالکل ناگہانی ہو جائے۔ ممکن ہے کہ مریض خوف زدہ ہو کر بستر سے جھٹک کر اُٹھ بیٹھے اور پھر مُردہ ہو کر ڈھیر ہو جائے، یا زراق (cyanosis) کے ساتھ چند دقیقوں کا بُہر (dyspnœa) ہو، یا اس کے برعکس غَشَیان (syncope) یا تشنج ہو۔ اگر تسدد نسبتہً نامکمل ہے تو ممکن ہے کہ حالت غَشَیان کی ہو، یا غشیان اور اس کے ساتھ اختناق (asphyxia) ہو، یا اس کے ساتھ قشعریرے (rigors)، مختلف شدّت کا دردِ سینہ، اغتصاص (suffocation) کا احساس، اور بُہر (dyspnœa) ہو جو بڑھ کر شاید تنفسِ چین اسٹوکس (Cheyne-Stokes' respiration) ہو جائے اور بالآخر آہستہ ہو کر موقوف ہو جائے۔ چہرے کا رنگ شاحب اور کبود، وداجی وریدیں پھولی ہوئی، اور ہاتھ ٹھنڈے اور چپچپا (clammy) ہوتے ہیں۔ استماع (auscultation) کرنے پر اصواتِ تنفس

درشت (harsh) اور مبالغہ آمیز پائے جاتے ہیں۔ علامات کا آغاز ناگہانی ہوتا ہے۔ ریوی علقیت (pulmonary thrombosis) میں علامات مماثل نوعیت کے ہوتے ہیں، لیکن حملہ کا آغاز بتدریج ہوتا ہے، گو اُس کا سریع ہونا بھی ممکن ہے۔

ایک مفعمہ (infarct) کے وقوع کے علامات بھی مسدود شدہ عرق کی جسامت اور علق (thrombus) یا مغروز شدہ ریزے کی نوعیت کے لحاظ سے مختلف ہوں گے۔ اگر وہ ایک نسبتہً بڑی عرق ہے، تو ممکن ہے کہ علامات، متذکرۂ بالا علامات سے مشابہ ہوں، مگر وہ نسبتہً کم شدت کے ہوں گے۔ مفعمہ (infarct) کافی طور پر بڑا ہو تو سانس پھولی ہوئی (breathlessness)، اختلاج، بلکہ قشعریرہ (rigor) بھی ہو سکتا ہے۔ ششش کی ساخت کے اندر خون کی وِعا بدری (extravasation) اکثر اپنی موجودگی نفث الدم (hæmoptysis) یعنے خون کے تھوکنے سے ظاہر کرتی ہے۔ یہ خون مقدار میں متوسط ہو سکتا ہے، یا چھوٹے جُدا جُدا دموی بُساقات (blood sputa) میں پایا جاتا ہے یا صرف یہ ہوتا ہے کہ مخاطی بُساقات خون کے رنگ کے یا زنگ آلود (rusty) ہو جاتے ہیں۔ اگر اس کے ساتھ ہی التہاب پلیورا ہو تو درد پہلو پیدا ہو جائیگا، اور اس واقعہ کے بعد ممکن ہے کہ کسی قدر حموی تعامل (febrile reaction)، قشعریرہ کے ساتھ یا اُس کے بغیر ہو جائے۔ مفعمہ (infarct) صرف اُسی وقت جب کہ وہ بہت بڑا ہو، ایک اصمیت کا رقبہ، اور اصواتِ تنفس کا انقطاع (supperssion) پیدا کر دے گا۔ لیکن کچھ تکتکہ (crepitation) ہونا بھی ممکن ہے۔ اگر کسی قلبی حالت میں جس میں مفعمہ (infarct) کا شبہ ہو، اصمیت کا کوئی وسیع رقبہ پایا جائے تو یہ یاد رکھنا چاہئے کہ اِمتلاء (congestion) اور اَذیمائی وہ مخلوط حالت، جس کو تصلّب سرخ (red induration) اور بھورا تصلّب (brown induration) کہتے ہیں، مِصراعی مرض (valvular disease) کا ایک عام نتیجہ ہوتی ہے، اور اکثر مفعمات (infarcts) کے ساتھ موجود ہوتی ہے۔

عفونی مفعمات (septic infarcts) تقیح الدم (pyaemia) میں کثیر الوقوع ہوتے ہیں، اور فی الحقیقت اس مرض کی حادثشکل کے ممیز بعد الممات ضرر ات ہیں۔ یہ ماسکات (foci) عام طور پر بالکل چھوٹے ہوتے ہیں اور کچھ تکتکہ (crepitation)

179

کے سوائے کوئی معین طبیعی امارات نہیں پیدا کر سکتے ۔ لیکن وہ التہاب پلیوررا (pleurisy) اور انصباب (effusion) جو اکثر ان کے ساتھ ہوتے ہیں، معمولی امارات ظاہر کرتے ہیں، اور عفونی قسم (septic type) کا حموی تنازل مع قشعریرہ اور بڑھتے ہوئے انبطاح (prostration) کے موجود ہوگا۔

شحم سدادیت (fat embolism) ، جب کہ یہ کافی مقداریں موجود ہو، ریوی دوران خون کے تسدد کی وجہ سے، صدمہ جراحیہ (surgical shock) کے اسباب میں سے ایک سبب ہو سکتی ہے ۔ اس کے علامات یہ ہیں :— بہر انبطاح، سرخ جھاگ دار بصاق، نبض سریع، زراق (cyanosis) ، اور پھیپھڑوں پر لغطات (râles) ۔

تشخیص ۔ ریوی سدادیت یا علقیت کی تشخیص کا انحصار بہت کچھ سابق الوجود معطیات پر ہوتا ہے، جیسے کہ وریدی علقیت یا عفونت کی معلوم موجودگی، جو ممکن ہے کہ کسی شکمی عملیہ (abdominal operation) کے ساتھ متلازم ہو۔ مرض قلب کی موجودگی، ریوی انفعام (infarction) پر دلالت کر سکتی ہے ۔ نفث الدم (hæmoptysis) کے تمام اسباب میں، ریوی تدرن (pulmonary tuberculosis) کے بعد دوسرا اکثیر الوقوع سبب مرض قلب ہے ۔ اس حقیقت کا علم ایک محفوظ تشخیص قائم کرنے میں بڑی حد تک ممد ہوتا ہے ۔

تجویز ۔ مشورہ دیا گیا ہے کہ شکمی عملیات جراحیہ کے بعد، جبکہ التہاب باریطون (peritonitis) موجود نہ ہو، اور وضع حمل کے بعد، ٹانگوں اور حوض (pelvis) کی حرکت کی، اور دلک (massage) عمل میں لانے کی اجازت دیدینی چاہیئے، تاکہ خون کا رکود (stagnation) ، جس سے علقیت کی استعداد پیدا ہو جاتی ہے، واقع نہ ہونے پائے ۔ لیکن اگر یہ یقین ہو کہ علقہ بن چکا ہے تو ان کو بند کر دینا چاہیئے ۔ پھیپھڑوں کے اندر رکود کا وقوع (جس سے علقیت پیدا ہو جاتی ہے) روکنے کے لئے، اور شکم سے وریدی خون کی واپسی میں آسانی پیدا کرنے کی غرض سے عمیق تنفس (deep breathing) منتظم طریقہ پر عمل میں لانا چاہیئے ۔ اگر مریض سپید پڑ گیا ہو تو جراحی عملیہ سے پہلے نقل الدم (blood transfusion) عمل میں لانا چاہیئے ۔

ارتکازِ خون سے بچنے کے لئے مریض کو بکثرت پانی پینے دینا چاہیئے۔
علاج ۔ ریوی شریان سے سدادیت زائل کرنے کے لئے اب ایک فجائی عملیہ (emergency operation) درجۂ کمال کو پہنچایا گیا ہے۔

درون صدری نومایہ جات

(INTRA-THORACIC NEOPLASMS)

درون صدری نومایہ جات کے عام ترین اسباب شش کا اوّلی سرطان (primary carcinoma) اور پھیپھڑوں، پلیورا یا ثدیی غدد میں سرطانی (carcinomatous) یا سلعی لحمی (sarcomatous) سروحات (metastases) ہیں، جو جسم میں کسی دوسرے مقام کی اوّلی بالیدوں سے نکل کر واقع ہوں۔ ان کا بیان ذیل میں درج ہے۔ دوسری امراضیاتی حالتیں جو شاذ صورتوں میں اوّلی سرطان شش سے سریریاتی مشابہت رکھتی ہیں یہ ہیں۔ واسط میں تیموسیہ اور درقیہ کی بالیدیں [جن میں درون صدری غوط (goitre) بھی شامل ہے] ادمیات (dermoids)، مسخو طی سلعات۔ مرض ہاجکن (Hodgkin's disease) واسطی سلعہ لحمیہ (mediastinal sarcoma)، لمفی سلعہ لحمیہ (lympho-sarcoma)، مری (œsophagus) کا اوّلی سرطان جو شش کے اندر تک پھیل جائے۔ پلیورا میں متعدد غیر خبیث سلعات، مثلاً سلعہ لیفیہ (fibroma) وغیرہ، اور درطلی سلعہ (endothelioma) اور لحمی سلعہ (sarcoma)- شش میں غیر خبیث سلعات بہت شاذ و نادر پائے جاتے ہیں۔ لیکن کیسات (hydatids)، صمغیات (gumma)، اور التہابات ان سے خلط ملط ہو سکتے ہیں (60)۔

شش کا اوّلی سرطانی سلعہ

(primary carcinoma of the lung)

بحث اسباب۔ شش کا اوّلی سرطانی سلعہ ہر عمر میں، لیکن اکثر

اوقات (۷٫۷ؔ) چالیس اور ستر سال کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ یہ عورتوں کے نسبت مردوں میں چار گنا زیادہ عام ہے، بدقسمتی سے حال میں چند سال سے اُس کے حدوث (incidence) میں زیادتی ہو گئی ہے۔ چونکہ مزمن خراش، سرطانی سلعہ کا ایک مسلمہ تسبیبی عامل ہے، خراش کے اسباب ڈھونڈے گئے ہیں، مثلاً انفلوئنزا اور حال ہی میں ۱۹۱۸ء–۱۹۱۹ء کی وبائے عظیم کے بعد سرطانی سلعہ کی زیادتی پائی گئی ہے۔ گرد و غبار سے پیدا ہونے والی خراش [جیسے کہ سیکسنی (Saxony) کی کانوں میں] ایک امکان ہے۔ لیکن اگر استنشاق (inhalation) ایک سبب ہے تو بائیں شش کے نسبت دائیں شش کو زیادہ آسانی سے ماؤف ہوجانا چاہیے، کیونکہ دایاں شعبہ نسبتہً بڑا اور زیادہ سیدھا واقع ہوتا ہے۔ لیکن دونوں شش تقریباً مساوی طور پر ماؤف ہوتے ہیں۔ موٹر گاڑی کی اخراجی گیسوں کا استنشاق، زہریلی حربی گیس، تمباکو پینا، اور گرد دراہ امکانی عوامل ہیں (61)۔

مرضی تشریح ۔ شش کی اولی بالیدیں، اپنے مبدا کے لحاظ سے تین گروہوں میں منقسم ہیں:۔ (۱) شعبی سرحلمہ سے نکلنے والی، (۲) شعبی مخاطی غدد سے نکلنے والی (۳) جرم شش سے نکلنے والی۔ پہلے گروہ میں سلعہ بالخصوص ایک بڑے شعبہ میں محدود ہوتا ہے، اور شعبہ مسدود ہوجاتا ہے۔ یہ بالید زیادہ منتشر نہیں پھیلتی، بلکہ ٹوٹ کر تمدد الشعبی (bronchiectatic) کہفے بنا دینے کا رجحان رکھتی ہے۔ یہ استوانی خلیوں سے بنتی ہے۔ دوسرے گروہ کے ساتھ (اور یہ بھی شعبات کے گرد محدود ہونے کا رجحان رکھتا ہے) بہ افراط مخاطی افراز ہوتا ہے۔ لیکن ان سلعات میں خلیے اس قدر تغیر پذیر ہوتے ہیں کہ یہ جماعت بندی زیادہ مفید نہیں۔ تمام سلعات میں سے نصف سے زائد سلعات "جئے نما خلیوں" والی قسم ("oat cell" type) سے تعلق رکھتے ہیں۔ خلیے اور نواتے، جو زیادہ گہرا رنگ قبول کرتے ہیں،

ؔ قوسین کے اندر خطِ اردو میں درج کئے ہوئے اعداد وہ فی صدی تعدادیں ظاہر کرتے ہیں جو لندن ہسپتال میں ۱۳۹ امتحانات لاشس (autopsies) کے تجزیہ سے لی گئی ہیں (41)۔

بیضوی ہوتے ہیں اور اُن کا خلیہ مایہ (cytoplasm) قلیل المقدار ہوتا ہے۔ سروحات (metastases) لمفائی غدد کے اندر عام ترین ہوتے ہیں، لیکن وہ دوسرے اعضاء و احشا میں مختلف حد تک واقع ہوتے ہیں۔ دوسری پیچیدگیاں حسب ذیل ہیں:۔ پلیورائی انصباب (pleural effusion) (۲۸)، یعنے قیحی (۵، ۶)، دموی (۷)، صافت (۵، ۱۴)۔ ایک شعبہ کا جزئی یا کامل انسداد (occlusion) (۵۶)، شعبی التہاب، تمدد الشعب (bronchiectasis)، شعبی ریوی التہاب، ہبوطی گنگرین (collapse gangrene)، خراج (۵، ۱۱)، نفاخ، تلیف (fibrosis)، اور ریوی عروق کی علقیت اور ان پر حملہ، تامور (pericardial) پر حملہ (۵، ۴۴)، مری پر حملہ یا دباؤ (۵، ۱۶)، فوقانی ورید اجوف پر حملہ اور اس کا تسدد (۵، ۱۱)، بڑی نظامی وریدوں کی علقیت (۱۷)، جو جوارح بالا اور جوارح زیریں میں یکساں کثرت سے واقع ہوئی۔

علامات۔ کھانسی (۶۶) ابتداءً خشک ہوسکتی ہے۔ ممکن ہے کہ وہ شدید دَوروں کی شکل میں ہو، یا قصبہ یا شعبات پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے "نحاسی" (brassy) ہو۔ وہ گردن کی وریدوں کا عارضی امتلاء پیدا کرسکتی ہے۔ بساق نصف سے زائد اصابتوں میں موجود ہوتا ہے، اور اِن میں سے بیشتر میں کسیقدر نفث الدم موجود ہوتا ہے (۳۶)۔ درد (۴۴) شدت میں تغیر پذیر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ قارض (gnawing)، وخزی (stabbing)، جرّی (dragging) ہو، یا دباؤ یا دَم گھٹنے کا احساس ہو۔ درد عموماً سینہ میں ہوتا ہے، لیکن گردن، شکم، کمر اور جوارح میں بھی محسوس ہوسکتا ہے۔ وہ اکثر ریڑھ کے فقرہ (vertebra) میں سروحات (metastases) ہوجانے سے یا اعصاب پر دباؤ پڑنے سے پیدا ہوتا ہے۔ لاغری (wasting) (۵۲) کے ساتھ کسلمندی، کمزوری اور شحوب (pallor) ہوسکتا ہے، لیکن عموماً مریض عدیم الدم (anæmic) نہیں ہوتے۔ بُھر (dyspnœa) (۵۰) کا سوا اُسی پھولی ہوئی سانس (breathlessness) کے جو مشقت کرنے یا زور لگانے کے بعد ہوجاتی ہے، اکثر ایک متأخر علامت ہے، تاوقتیکہ پلیورائی انصباب موجود نہ ہو۔ وہ دوروں کی شکل میں ہوسکتا ہے، اور اُس کے ساتھ شہیقی صریرہ (inspiratory stridor) ہوسکتا ہے۔ ایک مریض میں شریانی خون میں CO_2 کا دباؤ بڑھ گیا اور

آکسیجن کی سیر شدگی (oxygen saturation) کم ہو گئی، جس سے پیدا ہوتا ہے کہ شش کے اندر گیسوں کے باہمی تبادلہ میں رکاوٹ تھی (7) - ارتفاع حرارت (pyrexia) (۳۹) اکثر سل ریوی کی دائمی تپش (hectic temperature) سے مشابہ ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ اس کے ساتھ سردی لگنا (chills) اور شبانہ پسینے (night sweats) ہوں (۱۷) - خفوق قلب (tachycardia) بلا ارتفاع تپش کے موجود ہو سکتا ہے (۱۹) - بعض اوقات سریریاتی طور پر ثانوی جماؤ (secondary deposits) پائے جاتے ہیں (۲۴) - اور دوسرے علامات یہ ہیں :- زراق (cyanosis) (۲۱) جو اکثر اوردۂ متسع (dilated veins) (۵، ۱۹) کے ساتھ ہوتا ہے، جو ممکن ہے کہ سر اور گردن، جوارح بالا، صدر اور شکم میں نظر آئیں، اور اس وجہ سے اہم ہیں کہ وہ یہ ظاہر کرتے ہیں کہ واسط (mediastinum) میں تسدد ہو گیا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ خون قلب تک اُن تحت الجلد تفمّمات سے (anastomoses) کے ذریعہ سے پہنچتا ہے جو بین ضلعی اوردہ (intercostal veins) اور شکمی اوردہ کے درمیان ہوتے ہیں - باوجود اس تعویض (compensation) کے وریدی رَو میں بہت کچھ رکاوٹ واقع ہو جانے کا امکان ہوتا ہے، اور جھکنے یا کسی طرح کا زور لگانے پر چہرہ اور بھی زیادہ ممتلی اور ازرق ہو جاتا ہے - فوقانی ورید اجوف کے تسدد کی حالت میں سطح پر خون کا بہاؤ بالکل نیچے کی طرف اور تحتانی ورید اجوف کے تسدد میں اوپر کی طرف ہوتا ہے - لیکن یہ آخر الذکر حالت درون صدری سلعہ (intrathoracic tumour) سے شاذ ہی پیدا ہوتی ہے، گو کہ خبیث بالیدہ (malignant growth) کا ڈایا فرام سے عین اوپر تحتانی ورید اجوف تک پہنچ جانا ممکن ہے - اُذیما (۱۸) اکثر ایک متاخر امارت ہوتا ہے، جس کے ساتھ زراق اور متسع وریدیں ہوتی ہیں - سر، گردن اور ہر دو یا کسی ایک بازو کا اُذیما نہایت ممیز ہوتا ہے - ممکن ہے کہ یہ سریع الزوال ہو، اور محنت کرنے یا زور لگانے، جھکنے یا کھانسنے سے پیدا ہو جائے، اور اس کے ساتھ دم گھٹنے کا احساس بھی ہو - یہ علامات بھی موجود ہوتے ہیں :- حنجری شلل (laryngeal paralysis) (۱۷) - عسر البلع (dysphagia) (۱۱) - قئے (۱۱) - اُنگلیوں کی گرز شکلی

(clubbing of the fingers) (۵ و ۶)' (غالباً یہ عدد بہت کم ہے)۔ ڈس دس
اور د وامر (vertigo) ' حدقات (pupils) کی عدم مساوات اور عصب مشارکی کے
ہیجان یا شلل (جو ملاحظہ ہو) کے دوسرے امارات۔ مثلاً لیکن اکثر ایک سلعہ میں سے
اینا ممر بلا کسی مزاحمت سے دوچار ہوئے جاری رکھتے ہیں۔ بعض اوقات وہ مضغوط
ہوجاتے ہیں' جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ محیطی نبض (peripheral pulse) کمزور یا
مطموس ہوجاتی ہے۔

طبیعی امارات نہایت تغیر پذیر ہوتے ہیں' اور اُن کا انحصار بالید
کے محلِ وقوع اور جسامت پڑ اور پیچیدگیوں کی موجودگی پر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ
ابتداً وہ صرف ایک شعبہ کے تسدد کے امارات ہوں' جو پہلے بیان کئے جاچکے ہیں'
اور اُن کے ساتھ اکثر صرصرہ (stridor) ہو۔ جوں جوں سلعہ کی جسامت بڑھتی ہے
اور نہ صرف شعبی غدد میں جماؤ (deposits) بلکہ ششش کے اندر تک پھیلاؤ ہوجاتا ہے'
قرع (percussion) کی آواز میں کمی (impairment) پائی جاتی ہے' بالخصوص سینہ
کے سامنے بالائی حصے میں' لیکن یہ کمی راس تک نہیں پہنچتی۔ ممکن ہے کہ اس رقبہ میں
شعبی تنفس (bronchial breathing)' بڑھا ہوا لمسی صوتی حفیف' اور شعبہ صوتی
(bronchophony) موجود ہو' یا اصوات تنفس' لمس صوتی حفیف (T.V.F.) اور بولنے
کی آوازیں (voice sounds) غیر موجود ہوں۔ اگر بالید نیچے کی طرف پھیلتی ہے تو
یہی طبیعی امارات ایک قاعدے پر موجود ہوسکتے ہیں۔ مختلف پیچیدگیوں کے طبیعی
امارات بھی موجود ہوسکتے ہیں۔

تشخیص۔ بعض اصابتیں اپنا ممر بلا کسی صدری علامت کے ختم کر دیتی ہیں۔
اصابتوں کا ایک چھوٹا دماغی گروہ (cerebral group) سرحات (metastases)
کی وجہ سے ہوتا ہے اور یہ اصابتیں دماغی سلعہ' التہاب سحایا (meningitis)'
التہاب دماغ (encephalitis) وغیرہ سے مشابہ ہوتی ہیں۔ اصابتوں کا دوسرا گروہ
نخاعی (spinal group) ہے' جو ممکن ہے کہ التہاب نخاع (myelitis)' شوکی
بوسیدگی (spinal caries) یا دردِ کمر (lumbago) کے طور پر تشخیص کر لی جائیں۔
تیسرے گروہ میں حاد ستکی علامات ہوتے ہیں۔ وہ صرصرہ (stridor) جو ایک شعبہ کے

181

انضغاط سے پیدا ہو جاتا ہے، غلطی سے شعبی التہاب کا خرخرہ (rhonchus) سمجھا جا سکتا ہے۔ اول الذکر وقت وقوع اور محل وقوع کے لحاظ سے مستقل یا غیر متغیر ہوتا ہے اور آخر الذکر تغیر پذیر ہوتا ہے اور چند ہی گھنٹوں کے اندر ایک جگہ سے دوسری جگہ بدل جاتا یا کچھ وقفوں میں غائب ہو جاتا ہے۔ اگر سلعہ درون صدری پیچیدگیاں [جیسے کہ واسطی ذات الجنب انصباب (effusion)، تقیح صدر (empyema) شعبی التہاب (bronchitis) ممتد و الشعب (bronchiectasis) شعبی ذات الریہ (broncho-pneumonia)] پیدا کر دے اور سلعہ کے ممیز علامات (جیسے کہ امتلاء آورده اور اوذیما) غیر موجود ہوں، تو ممکن ہے کہ اس امر کو شناخت کئے بغیر کہ اوّلی سبب مرض سلعہ ہے، ان پیچیدگیوں کی تشخیص کر لی جائے۔ سل ریوی اور استرواح الصدر سے بھی تفریق کرنی چاہیئے۔ بزل (paracentesis) کے بعد ایک سریع النکس عقیم پلیورائی انصباب واقع ہونا سرطان کی دلالت ہے، بالخصوص اگر یہ انصباب خون آلود ہو، اگرچہ یہ بیان کر دینا ضروری ہے کہ خون آلود انصباب کا عام ترین سبب تدرن ہے۔ خلویاتی امتحان (cytological examination) سے عموماً کوئی مدد نہیں ملتی۔ اس کے برعکس، اگر ایک ادھیڑ عمر والے مریض میں سیال کے امارات موجود ہوں لیکن سینہ کا استقصاء (exploration) کرنے پر کوئی سیال نہ ملے تو سلعہ کا شبہ کیا جا سکتا ہے۔ سرطان شش انورسمائے اُورطی (aortic aneurysm) کے ساتھ بآسانی خلط ملط کیا جا سکتا ہے۔ انورسما کے مشہور و معروف طبیعی امارات کے علاوہ بیشتر اصابتوں میں لاشعاعی امتحان تفریقی تشخیص کا نہایت یقینی ذریعہ پیش کرتا ہے۔ انورسما ایک صاف اور واضح کور رکھتا ہے، اور ایک تمدد پذیر نبضان (expansile pulsation) ظاہر کرتا ہے۔ لیکن کسی ایسے سلعہ سے بھی جو اورطی کے ساتھ منضم ہو نبضان (pulsation) پیدا ہو سکتا ہے۔ ایک بیقاعدہ طور پر دررزش کرنے والے نومایہ (infiltrating neoplasm) کی چھاؤں بتدریج خود کو اردگرد کے شش میں غرق کر دیتی ہے، اور اس کی اصلی کور بالکل نظر نہیں آتی۔ لپایوڈال (lipiodol) کے استعمال کے بعد امتحان کرنے سے ممکن ہے کہ ایک شعبہ کا تسدد نظر آئے۔ شعبہ بینی (bronchoscopy) نہایت ہی مفید ہے۔ نسیجیاتی امتحان کے ذریعہ تشخیص کرنے کے لئے بالیدہ کا ایک ٹکڑا

الگ کیا جاتا ہے۔ اگر تضییق کا اتساع کیا جائے اور محبوس افرازات کو نکلنے دیا جائے تو عارضی طور پر تسکین ہو جاتی ہے۔ لاشعاعی امتحان، جو کہ استرواح الصدر انجام دینے اور اگر کوئی انصباب موجود ہو تو اس کو دور کرنے کے بعد انجام دیا جاتا ہے، پلیورائی بالیدوں کو تشخیص کرنے کے لئے نہایت ہی مفید ہے۔ یہ دربینی بھی مستعمل ہے (صفحہ ۱۷۲ب)۔

علاج۔ جب شعبہ بینی کے ذریعہ بالیدہ تک رسائی ہو سکتی ہو تو علاج میں ایک انقلاب عظیم پیدا ہو جاتا ہے، کیونکہ باقاعدہ وقفوں پر ریڈان کے خول مدفون کئے جا سکتے ہیں۔ لخمتہ برآری کا عملیہ بھی استعمال کیا جاتا ہے۔

پھیپھڑوں میں ثانوی مطروحات

(secondary deposits in the lungs)

علامات۔ جب شُش بالید کی کثیر التعداد گرہکوں کا محل وقوع ہو، جو اُسکے اندر بے قاعدہ طور پر پھیلی ہوئی ہوں، تو مریض کو کم از کم ابتداً کوئی تکلیف نہیں ہوتی اور تاوقتیکہ ایک شعبۃ پر دباؤ نہ پڑے کوئی طبیعی امارات نہیں نمودار ہوتے۔ آخری درجوں میں بُہر (dyspnœa)، تیز تنفس، کبودی (lividity)، متواتر کھانسی اور مخاطی نفث ہوگا۔ اور استماع کرنے پر سارے سینہ پر کثیر التعداد خرخرات (rhonchi) اور لغطات (râles) سنائی دیتے ہیں۔ یہ حالت دُخنی تدرن (miliary tuberculosis) سے کسی قدر مشابہت رکھتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ تپش طبعی درجہ کی ہو۔ جب پلیورا ماؤف ہوتا ہے تو عموماً ایک انصباب (effusion) ہوتا ہے، جس میں خون اور خبیث خلیات (malignant cells) موجود ہو سکتے ہیں۔

تشخیص۔ جب دوسرے احشاء میں بالید کی موجودگی معلوم ہو، یا جب سرطان پستان، یا سرطان فک بذریعہ عملیہ نکال کر خارج کر دیا گیا ہے، تو ایسی حالت میں ناقابل توجیہ بُہر کے وقوع سے ہمیں پھیپھڑے کے اندر بالید واقع ہونے کا خیال آنا چاہئے۔ اور اُن اصابتوں میں کہ جن میں ریوی علامات نہایت نمایاں ہوں، گردن میں سخت غدد، یا عصبیہ میں سلعہ کی موجودگی سے، یا فقرات کی ماؤفیت سے پیدا شدہ شو کی استواری سے بعض اوقات ضروری پتہ چل جاتا ہے۔ ابتدائی

اصابتوں میں ممکن ہے کہ لاشعاعوں سے پھیپھڑوں میں ممیز گول عتمات (opacities) نظر آئیں۔

انذار برا ہوتا ہے اور اِس حالت کی مدت ایک سال سے زائد ہونیکا امکان نہیں۔

علاج کا منشاء یہ ہے کہ درد اور کھانسی میں تخفیف ہو اور نیند آجائے۔ عمیق لاشعاعی علاج (deep X-ray therapy) بالید کی عارضی تخفیف (recession) اور ششوں کا دوبارہ پھیلاؤ واقع کرتا ہے (62) یا ریڈیم (radium) کو جسیم متاودوں میں استعمال کیا جاسکتا ہے۔ بالید کے ساتھ کے سیال انصباب کو ممصاص (aspirator) کے ذریعہ نکال دینا چاہئے، لیکن اغلب ہے کہ وہ جلد ہی پھر پیدا ہو جائے گا۔

ذات الجنب اور تقیح صدر

(PLEURISY AND EMPYEMA)

ذات الجنب یعنے غشائے پلیورائی کے التہاب کے خاص مظاہر یا تو سطح پلیورائی پر تکوین "لمف" (خشک ذات الجنب: dry pleurisy) یا مصلی سیال کا ارتشاح (انصبابی ذات الجنب pleurisy with effusion) یا پیدائش ریم (تقیح صدر: empyema) ہیں۔

بحث اسباب۔ کثیر التعداد اصابتوں میں خشک ذات الجنب، یا انصبابی ذات الجنب کا آغاز بہ ظاہر تندرست اشخاص میں نامحسوس طور پر ہوتا ہے اور اکثر سردی کے تکشف سے منسوب کیا جاتا ہے۔ ایسی اصابتوں کا ایک بڑا تناسب شائد ۵۰ فی صدی اصابتیں، بلاشبہ اپنے مبداء میں تدرنی (tuberculous) ہوتی ہیں۔ بہت سے مریضوں میں تدرن کی سرگذشت ملتی ہے، یا بالآخر سل ریوی یا دوسر تدرنی ضرات کے باعث ہلاکت واقع ہوجاتی ہے۔ نیز بہت سی مثالوں میں سیال کو جانوروں میں تطعیم کرنے سے تدرن پیدا ہوجاتا ہے۔ ذات الجنب کی ایسی اصابتیں اپنے مہر میں مزمن ہوتی ہیں۔

پلیورا اکثر ایک زیادہ حاد قسم کے التہاب کا مورد ہے، جو بالآخر تقیح صدر

پیدا کردیتا ہے، اور یہ دوسری بہت سی سرایتوں، بالخصوص نبقی ریوی سرایتوں اور قرمزیہ، کھسرا، رئتیی بخار، عفونۃ الدم اور انفلوئنزا کی سرایتوں کا نتیجہ ہوتا ہے۔
ذات الجنب مرض برائٹ (Bright's disease) کی بھی ایک کثیر الوقوع پیچیدگی ہے۔ بعض اصابتوں میں سرایت نسبتہً زیادہ براہ راست طور پر مقامی ہوتی ہے، مثلاً اُس وقت جب کہ مکسور (fractured) پسلیوں سے پلیورا زخمی ہوجائے، یا جب (۱) ضررات شش [مثلاً ذات الریہ، تقیح الدمی خراجات (pyæmic abscesses)، سلعۂ تدرن، یا نزفی مغلات (hæmorrhagic infarcts)]، یا (۲) جداری ضررات [جیسے کہ بغل، پستان، گردن، یا کبندہ شکم کے خراجات] کی توسیع پلیورائی سطح پر ہوجائے۔
ذات الجنب، التہاب تامور اور التہاب باریطون، یہ سب بیک وقت ایک ہی سرایت سے واقع ہوسکتے ہیں، جو حاد اصابتوں میں رئتیی، عفونی (septic)، یا نبقی ریوی، اور مزمن اصابتوں میں اکثر تدرنی ہوتی ہے۔ اس کو خبیث التہاب اغشیہ مصلیہ (polyorrhomenitis) یا عام التہاب اغشیہ مصلیہ (polyserositis) کہتے ہیں۔
ذات الجنب کے مختلف اقسام میں حسب ذیل دقیق عضویے پائے جاتے ہیں:۔ نبقہ ریویہ، نبقہ سبحیہ، نبقہ عنبیہ، عصیّۂ تدرن اور عصیہ محرقیہ، نسبتہً شاذ صورتوں میں فریڈ لینڈر کا عصیّہ، عمومی عصیہ قولونی، عصیہ ڈفتھیریا، عصیہ انفلوئنزی، اور خرد نبقہ چھاترا۔ ان کا امتزاج ہوسکتا ہے، مثلاً نبقہ ریوی یا درنی عصیہ کا سبحی نبقات یا عنبی نبقات کے ساتھ۔ ان میں سے آخری عموماً تنہا نہیں پائے جاتے۔ تدرن کے عقیم مصلی فائبرینی انصبابات میں درنی عصیّے مفقود ہوتے ہیں۔ تدرن کے ریمی انصبابات بھی اکثر معمولی کاشت کرنے پر عقیم ثابت ہوتے ہیں، اور گنی پگ میں تطعیم کئے بغیر ان میں درنی عصیات شاذ و نادر ملتے ہیں۔ بچوں کے ریمی انصبابات میں نبقات ریوی بیشتر پائے جاتے ہیں (۰۸ فی صدی)، اور بالغوں کے ریمی انصبابات میں سبحی نبقات زیادہ عام ہوتے ہیں (۵۰ فی صدی)۔
مرضی تشریح۔ خشک ذات الجنب (dry pleurisy)۔ پہلا درجہ

پلیورا کے عروق کے اتساع (dilatation) کا ہے، جس کے بعد جلد ہی سیال کا ارتشاح اور چند سفید جسیمات کی مہاجرت واقع ہوتی ہے۔ یہ سیال مروب ہو جاتا ہے، اور اس سے سفید جسیمات اور فائبرن کا آمیزہ پیدا ہو کر (جسے اکثر سرسری طور پر لمف کہتے ہیں) آزاد سطح پر مطروح ہو جاتا ہے۔ غشا ابتداءً دقیق طور پر مُشرب (injected) ہوتی ہے، اور نہایت جلد ہی اس کی قدرتی طور پر چمکنے والی سطح فائبرن کی وجہ سے ماند پڑ جاتی ہے اور فائبرن کو ایک نہایت نازک جھلی کی صورت میں جدا کیا جا سکتا ہے۔ اگر ارتشاح شدہ مادہ زیادہ افراط کے ساتھ ہو تو وہ سخت یا لیئی جیسی دبیز تہیں بنا دیتا ہے، جو سطح پر عموماً کھردری، یا خملی (villous)، یا جالدار ہوتی ہیں۔

183 انصبابی ذات الجنب (pleurisy with effusion)۔ اس حالت میں خشک ذات الجنب میں "لمف" پیدا ہو جانے کے بعد جلد ہی ایک مصلی یا مصلی فائبرینی سیال کا ارتشاح واقع ہوتا ہے، یا اگر یہ عمل زیادہ مزمن ہو تو بلا "لمف" کی سابقہ تکوین کے ایک مصلی سیال کا ارتشاح واقع ہو جاتا ہے۔ یہ سیال کہفۂ پلیورائی کے اندر ۲ یا ۳ پائنٹ تک یا زائد مقدار میں جمع ہو سکتا ہے۔ اس کا رنگ زرد یا سبزی مائل زرد، اور کثافت نوعی ۱۰۰۵ تا ۱۰۳۰، اور اکثر ۱۰۱۵ تا ۱۰۱۸ ہوتی ہے۔ اس میں جو البیومن موجود ہوتا ہے اس کی وجہ سے یہ اُبالنے پر تقریباً ٹھوس ہو جاتا ہے۔ یہ شاذ نہیں کہ اس میں فائبرن کے چند گالے (flakes) موجود ہوں، یا تھوڑے ہی عرصہ میں کچھ مقدار مطروح ہو جائے۔ یہ سیال بالکل صاف ہوتا ہے، یا جسیمات کی موجودگی کے باعث دودھیا (opalescent) یا گدلا۔ حاد اصابتوں میں ایوسین پسند (eosinophil) یا کثیر الاشکال نواتی (polymorphonuclear) خلیوں کا غلبہ ہوتا ہے، اور زیادہ مزمن اصابتوں میں خلیے نسبتہً تھوڑے ہوتے ہیں اور وہ لمف خلیے ہوتے ہیں۔ حاد اصابتوں میں ممکن ہے کہ خلیوں کی مقدار اتنی کافی ہو کہ سیال کو نکالنے کے بعد وہ اس کی تہ میں ایک دبیز تہ بنا دیں، اور اس کے اور گاڑھی پیپ کے بننے کے درمیان تمام مدارج پائے جا سکتے ہیں۔ بعض اوقات یہ سیال کم و بیش خون کی جھلک رکھتا ہے، اور یہ خون اُن نو ساختہ عروق سے ماخوذ ہوتا ہے جو تعضی پذیر لمف (organising lymph)

میں پائے جاتے ہیں۔

یہ انصباب سیال ذات الجنب کے نتائج میں سے اہم ترین نتیجہ ہے۔ چونکہ وہ کہفہ پلیئورا کے اندر مقید رہتا ہے لہٰذا وہ لازمی طور پر شش کو ڈائفرام اور دیوار سینہ کی مجاورت سے ہٹا دیتا ہے، اور سیال کا انصباب جس قدر زیادہ ہوتا ہے شش اسی قدر زیادہ مضغوط ہوجاتا ہے۔ یہ انضغاط سیال کے دباؤ سے نہیں بلکہ شش کی لچک کی وجہ سے واقع ہوتا ہے، جو قدرتاً اس کی بازکشید گی (retraction) میں ممد ہوتی ہے۔ یہاں تک کہ یہ حالت پائی جانی ممکن ہے کہ سینہ کے اندر سیال کی بڑی مقدار موجود ہونے کے باوجود دباؤ پھر بھی منفی ہو لیکن گو صورت حالات ایسی ہوتی ہے، تاہم ممکن ہے کہ وہ اب بھی مقابل جانب کے پلیئورا کے دباؤ کی نسبت زیادہ ہو، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قلب تندرست جانب کے طرف ہٹ جاتا ہے۔ لیکن بعض اصابتوں میں سیال کا دباؤ کرۂ ہوائی کے دباؤ کی نسبت زائد ہونا ممکن ہے، بالخصوص اس وقت جب کہ سیال ریمی ہو، اور ایسی صورت میں وہ قلب اور واسط (mediastinum) کو اپنی جگہ سے ہٹا دینے کے علاوہ، دیوار صدر کو باہر کے طرف ابھار دیتا، بین الاضلاع فضاؤں کو پھیلا دیتا، اور ڈائفرام کو معہ زیر افتادہ جگر یا طحال کے نیچے کو دھکیل دیتا ہے۔ انتہائی اصابتوں میں ممکن ہے کہ بڑے عروق پر دباؤ پڑے اور وہ تنگ ہو جائیں (Elliot Smith)۔

دوسرے التہابی اعمال کی طرح ذات الجنب بھی پلیئورا کی دونوں سطحوں کو ڈھانکنے والی فائبرین کے تعضی (organisation) یعنے عروق دمویہ اور لیفی ساخت کی تکوین سے مندمل ہو جاتی ہے۔ اگر انصباب موجود ہو تو وہ ہفتوں یا دنوں کے دوران میں جذب ہو جاتا ہے، اور شش اور دیوار سینہ، یا تو اول الذکر کے پھیل جانے یا آخر الذکر کے بتدریج بیٹھ جانے، یا ان دونوں اعمال کے ممزوج ہونے سے، بالآخر باہم متماس ہو جاتے ہیں۔ خفیف اصابتوں میں ممکن ہے کہ ما بعد میں اس کی کوئی شہادت نہ ملے کہ کبھی کوئی التہاب ہوا بھی تھا۔ لیکن اس کے برعکس یہ بھی ممکن ہے کہ شش پر کا پلیئورا دبازت کا ایک قطعہ (a patch of thickening) ظاہر کرے، وہ رنگ میں سپید ہو، اور اس کی سطح چکنی اور چمکدار ہو۔

اکثر اوقات تعفن کے دوران میں جداری اور حشوی پلیورا متماس رہتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ لیفی ساخت کے ذریعہ باہم جڑ جاتے ہیں، جسے انضمام (adhesion) یا چپکی کہتے ہیں۔ ایسے انضمامات یا چپکیاں عموماً پھیپھڑوں کے لختوں کے درمیان واقع ہوجاتی ہیں۔ بوڑھے آدمیوں میں سے مرنے والوں کی ایک بڑی غالب تعداد کسیقدر سابق الوجود پلیورائی التہاب کے علامات ظاہر کرتی ہے۔ شدید اصابتوں میں پلیورا بہت دبازت یافتہ ہوسکتا ہے، اور ممکن ہے کہ لیفی ساخت شش پر حملہ آور ہوکر لیفی شش (fibroid lung) پیدا کردے۔

تقیح الصدر:۔ تقیح الصدر یا ریمی ذات الجنب کو پیدا کرنے والے عضویات پہلے بیان کئے جاچکے ہیں۔ تقیح الصدر اولی ہوسکتا ہے اس معنی میں کہ یہ پہلا یا واحد التہاب ہوتا ہے جوکہ جسم میں کسی راستہ سے عضویہ کے داخل ہوجانے سے پیدا ہوتا ہے۔ یا ممکن ہے وہ قرب وجوار کے مرض کے ساتھ وابستہ ہو، مثلاً ذات الریہ، مکسور پسلی، یا ریوی خراج کے ساتھ۔ اور آخر وہ جسم کے کسی دوسری جگہ کے مرض سے منتقل شدہ (metastatic) ہوسکتا ہے، مثلاً تقیح الدم (pyæmia) سے۔ تقیح الصدر، کسی دوسری جگہ کے پھوڑے کی مانند، ہمیشہ ایک صاف سیال سے، یا سفید خلیات اور فائبرین (fibrin) کے گالوں سے خفیف طور پر مکدر شدہ سیال سے شروع ہوتا ہے۔ اس درجہ کی مدت تغیر پذیر ہوتی ہے۔ بعض اوقات یہ طویل ہوتی ہے مثلاً اسوقت جب کہ ایک درنی التہاب پلیورا ریمی ہو جائے (جوکہ ایک نہایت ہی شاذ واقعہ ہے)۔ نیقی ریوی تقیح الصدر میں تقیح ہونے میں اس سے کم دیر لگتی ہے۔ جب تقیح الصدر ذات الریہ کے ساتھ متلازم ہوتا ہے، تو عام طور پر تقیح بالعموم انحلال (resolution) کے دوران میں یا اس کے بعد واقع ہوتا ہے، جس سے ایک مابعد ذات الریوی تقیح الصدر (meta-pneumonic empyema) ظہور میں آتا ہے۔ اس صورت میں ذات الریہ اولی اور پلیورا پر حملہ ثانوی ہوتا ہے۔ جب تقیح الصدر خون پاش نبقہ سبحیہ کی وجہ سے پیدا ہو تو تقیح میں تاخیر ہوجاتی ہے یا تقیح بہت سرعت کے ساتھ واقع ہوتا ہے، لہٰذا نبقی سبحی ذات الریہ میں تقیح الصدر بھی ہمزماں طور پر موجود ہوتا ہے، یعنے یہ ہمذات الریوی (syn-pneumonic) ہوتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں پہلی

مرتبہ ہی جب کہ پلیورائی انصباب کا شبہ کیا جاتا ہے ریم پائی جاتی ہے۔
بعض اوقات ایک تقیح الصدر تاچۂ پلیورائی (pleural sac) میں سے نکل کر یا تو شُش میں سوراخ کر دیتا ہے (جس سے پیپ کا نفث ہوتا ہے) یا ایک بین الاضلاع فضا میں (جو اکثر پانچویں فضا ہوتی ہے) "منہ کرکے" ("pointing") خود بخود پھوٹ جاتا ہے۔ دونوں صورتوں میں ممکن ہے کہ ہوا کیفۂ پلیورا کے اندر داخل ہو کر ریمی استرواح الصدر (pyo-pneumo-thorax) پیدا کر دے۔ شاذ اصابتوں میں ایک تقیح الصدر ڈائفرام کے آر پار یا اس کے پیچھے سے ہو کر کیفۂ شکم میں کھل سکتا ہے۔ لیکن اگر غیر مشخص یا بلا علاج کے رہ جائے تو وہ عرصۂ دراز تک بلا سوراخ کئے بدستور رہ سکتا ہے۔ اس سے ایک نامکمل جذب واقع ہو کر مریض کی حالت ضعفی (cachectic) ہو جاتی ہے اور احشار کے چربیٹی (lardaceous) انحطاط کے وقوع کے لئے راستہ تیار ہو جاتا ہے۔
مصلی اور ریمی ہر دو انصبابات میں، پھیپھڑوں اور جُدر کے درمیان انضمامات یا چیکیوں کے پیدا ہونے سے کیفہ کبھی کبھی جُدا جُدا فضاؤں میں منقسم ہو جاتا ہے۔ ایسی صورتیں سیّال کو خانہ جات (loculated) کہتے ہیں۔ اگر ایسے مریض کا علاج جراحی طریقہ سے کیا جائے تو یہ حالت اہمیت رکھتی ہے۔
علامات اور طبیعی امارات۔ خشک ذات الجنب (dry pleurisy)۔ ذات الجنب کے آغاز کی ممیز خصوصیت شدید درد ہے، جو سانس لینے کے فعل سے پیدا ہوتا یا زیادہ ہو جاتا ہے۔ یہ درد عموماً پہلوئے سینہ میں نیچے کے مقام پر ہوتا ہے، لیکن کہیں بھی ہو سکتا ہے کیونکہ اس کا انحصار التہاب کی جائے وقوع پر ہوتا ہے۔ وہ ایسا ہوتا ہے جیسے کہ کوئی کاٹ یا پھاڑ رہا ہو (cutting or tearing) اور نہ صرف سانس لینے سے بلکہ کھانسنے، چھینکنے اور ہر قسم کی مشقت کرنے یا زور لگانے سے زیادہ شدید ہو جاتا ہے۔ مریض عموماً اپنی پشت کے بل یا تندرست جانب پر لیٹا رہتا ہے۔ حاد ذات الجنب جاڑے کے ساتھ شروع ہو سکتا ہے، اور زیادہ تر کسیقدر ارتفاع حرارت (pyrexia) ہوتا ہے، جس میں ممکن ہے کہ تپش ۱۰۳ درجہ تک پہنچ جائے، لیکن یہ اکثر ۱۰۱ یا ۱۰۲ درجہ رہتی ہے۔ اس کے ساتھ دوسرے معمولی

متلازمات (accompaniments) ہوتے ہیں، یعنے فرداز بان، عدم اشتہا، اور کسلمندی (malaise)۔

سینہ کا امتحان کرنے پر ماؤف جانب پر حرکت کی کچھ کمی، اور درد کے مقام پر حویصلی خریر (vesicular murmur) کی قلت مشاہدہ میں آتی ہے۔ لیکن ممیز طبیعی امارت ذات الجنبی رگڑ (pleuritic rub) یا صوتِ فرکی (friction sound) ہے۔ یہ ان دو پلیورائی سطحوں کے، جو ارتشاح (exudation) کی وجہ سے کھردری ہوگئی ہیں، ایک دوسرے پر حرکت کرنے سے پیدا ہوجاتی ہے۔ یہ آواز فرک کی مقدار کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے۔ حاد اصابتوں میں ممکن ہے کہ یہ رگڑ سختی کے ساتھ محدود مقام رکھتی ہو اور باسانی نظرانداز ہوجائے۔ بلکہ اگر مریض شدید درد کے باعث وہ شہیقی (inspiratory) حرکت عمل میں نہ لاسکے جو اس کی پیدائش کے لئے ضروری ہے، تو یہ غیر موجود بھی ہوسکتی ہے۔ مزمن اصابتوں میں فرک اتنی زیادہ ہوسکتی ہے کہ وہ سینہ پر رکھے ہوئے ہاتھ سے محسوس ہوسکتی ہے، وہ سماع الصدر (stethoscope) سے سُنی بھی جاسکتی ہے، اور بالکل بلا درد ہوتی ہے۔

وہ ذات الجنب جس کے ساتھ انصباب ہو اور تقیح الصدر

جب سیال کا انصباب ہوجاتا ہے تو پلیورا کی دونوں سطحیں ایک دوسرے سے علٰحدہ ہوجاتی ہیں، صوتِ فرکی غائب ہوجاتی ہے، درد کم ہوجاتا ہے، اور ایسے علامات اور طبیعی امارات واقع ہوتے ہیں جو سیال کی موجودگی کا، یا سیال جن مختلف اعضاء پر اثرانداز ہوتا ہے اُن کے مضغوط ہونے یا جگہ سے ہٹ جانے کا، راست نتیجہ ہوتے ہیں۔ خاص علامت سانس کا پھول جانا ہے۔ جو مشقت کرنے یا زور لگانے پر خاص طور سے ہوتا ہے، اور یہ بُہر (dyspnœa) انصباب شدہ سیال کی مقدار کے تناسب سے ہوتا ہے۔ مریض اپنی پیٹھ کے بل یا ماؤف جانب کی کروٹ پر لیٹا رہتا ہے، تاکہ تندرست جانب کو سب سے زیادہ آزادی حاصل ہو۔ ممکن ہے کہ اُسے کھانسی بالکل نہو، یا خفیف کھانسی بلا نفث کے ہو۔ ذات الجنبی انصباب میں آنکھ کی پتلیاں کبھی کبھی غیر مساوی ہوتی ہیں، اور ماؤف جانب کی پتلی نسبتہً زیادہ چوڑی ہوتی ہے۔

جیسا کہ دوسری التہابی حالتوں میں ہوتا ہے، تپش اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ مثلاً تدرنی ذات الجنب میں وہ نہایت ہی بلند ہوسکتی ہے جو کہ شاید نا قچہ کے غدود میں فعال مرض کی طرف اشارہ ہے۔ لیکن عام طور پر مستقیمی تپش صرف ۱۰۰ یا ۱۰۱ درجہ سنٹی گریڈ تک مرتفع ہوتی ہے۔ تقیح الصدر میں بھی، خواہ یہ سچی نبقی ہو یا غنبی نبقی، تپش اختلاف پذیر ہوتی ہے، لیکن بالعموم وہ بلند اور متوقف یا متغیر ہوتی ہے، اور بسا اوقات اُس کے ساتھ قشعریرات ہوتے ہیں، اور مریض کی طبیعت نہایت ہی خراب ہوتی ہے اور اُس کو خراب محسوس ہوتی ہے، جیسا کہ دوسرے حاد بخاروں میں ہوتا ہے۔

چونکہ سیّال تجاذب (gravitation) کے اثر سے سینہ کے سب سے نیچے کے حصے میں جمع ہوجاتا ہے، لہٰذا پیچھے قاعدہ پر مطلق اصمیت (dulness) ہوتی ہے۔ لیکن حویصلی خریر (vesicular murmur) صوتی گمک (vocal resonance)، اور لمسی صوتی خفیف (tactile vocal fremitus) بہت کمزور یا بالکل غائب ہوجاتے ہیں۔ کثیر المقدار سیال ہو تو حسب ذیل طبیعی امارات مشاہدہ میں آتے ہیں:۔ معائنہ کرنے پر سینہ کی ماؤف جانب بے حرکت ہوتی ہے۔ قلب اپنی طبعی وضع سے ہٹا ہوا ہوتا ہے: اگر انصباب دائیں جانب ہو تو صدم القلب (impulse of heart) بائیں بھٹنی کے نیچے یا اُس سے باہر کی جانب محسوس ہوسکتا ہے۔ اگر انصباب بائیں جانب ہو تو صدم القلب اکثر عظم القص (sternum) کے دائیں طرف کی بین الاضلاع فضاؤں میں، عموماً تیسری، چوتھی، اور پانچویں فضاؤں میں، بلکہ دائیں بھٹنی کے پاس تک، اور شاذ مثالوں میں اُس سے بھی باہر تک محسوس ہوتا ہے۔ صاف انصباب رکھنے والی اصابتوں میں ماؤف جانب پر سینہ کا محیط زیادہ نہیں ہوتا۔ ممکن ہے کہ وہ کم ہوجائے۔ لیکن تقیح الصدر میں ممکن ہے کہ وہ زیادہ ہوجائے اور بین الاضلاع فضائیں، پسلیوں کے لیول سے نیچے تک پست ہونے کے بجائے، پُر (یا ممطوس) ہوجاتی ہیں۔ ممکن ہے کہ دیوار سینہ کا کسی قدر آذیمایا نہتیج ہو۔ طحال یا جگر ہٹ کر نیچے آسکتے ہیں۔ قرع کرنے پر سامنے، بغل میں، اور پیچھے اصمیت پائی جاتی ہے جو مقابل جانب کی اُس اصمیت کے ساتھ مسلسل ہوجاتی ہے جو

185

اپنی جگہ سے ہٹے ہوئے قلب کے ساتھ تناظر ہوتی ہے۔ ساتھ ہی سینہ کی مقابل جانب پر بھی گمک متأثر ہو جاتی ہے۔ چنانچہ ٹھوس پن کا ایک مثلث رقبہ ایسا پایا جاتا ہے جس کا راس عظم الکتف (scapula) کے زاویہ کے لیول کے قریب ریڑھ کے پاس ہوتا ہے، اور قاعدہ ریڑھ سے لے کر شش کے زیریں کنارے کے برابر برابر ۲ تا ۳ انچ پھیلتا ہے (گروکو کا نزد فقری مثلث: Grocco's paravertebral triangle)۔ اس کی توجیہ حسب ذیل ہے:۔ طبعی طور پر شش کے مرکزی حصے کا پھیلنا (expansion) صرف اسی طرح سے ممکن ہوتا ہے کہ واسطِ مؤخر کا تناؤ زیادہ رہے، جو اُسے جھُس جانے سے روکے رکھے۔ تناؤ کی یہ زیادتی مقابل جانب کے ڈائفرام کے عمل کی وجہ سے ہوتی ہے۔ جب یہ کم ہو، جیسا کہ پلیورائی انصباب میں ہوتا ہے تو واسطِ شہیق (inspiration) کے ساتھ ڈھیلا پڑ جاتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ غیر ماؤف جانب کے شش کے مرکزی حصہ کو نسبتہً کم ہوا پہنچتی ہے اور قرعی سر (percussion note) کم ہو جاتا ہے۔ جب سیال اسقدر ہو کہ وہ صرف سینہ کی دو ثلث بلندی تک پہنچے، تو ترقوہ کے نیچے، اور اصمیت کے لیول سے اوپر قرعی سر کی وہ خاص ترمیم سُنائی دے سکتی ہے، جس کا نام اسکوڈائی گمک (Skodaic resonance) ہے، جو شش کے ارتخاء (relaxation) کی وجہ سے ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 123)۔ استماع کرنے پر اصم رقبے (dull area) پر اصواتِ تنفس، صوتی گمک، اور لمسی ارتعاش کی کمی یا غیر موجودگی پائی جاتی ہے۔ سیال کے بالائی لیول پر جہاں شش ڈھیلا پڑ جاتا ہے، شعبی تنفس (bronchial breathing) یا تعویضی تنفس (compensatory breathing) سنا جا سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ شعبہ صوتی (bronchophony) یا بُزصوتی (ægophony) موجود ہو۔ مقابل جانب پر اصواتِ تنفس مبالغہ کے ساتھ ہوتے ہیں، لیکن وہ مثلثِ گروکو پر کم ہو جاتے ہیں۔ انتہائی اصابتوں میں جہاں شش پچک کر ٹھوس ہو جاتا ہے، اصواتِ تنفس غائب ہونے کے بجائے بلند شعبی تنفس (loud bronchial breathing) موجود ہو سکتا ہے۔ جہاں احشاء کی غیر وضعیت (displacement) زیادہ ہو، وہاں ممکن ہے کہ تنفسی افعال کا اختلال بالآخر مہلک ثابت ہو جائے۔ مریض زیادہ زیادہ

کبود (livid) ہوتا جاتا ہے، خرخرات (rhonchi) اور مخاطی لغطات (mucus râles) اس کشش میں سنائی دینے لگتے ہیں جو اب تک تندرست تھا، اور اختناق (asphyxia) طاری ہوجاتا ہے۔ بعض اوقات ناگہانی غشیان (syncope) ہوجاتا ہے، جس کی معقول توجیہ یہ ہوسکتی ہے کہ قلب اور بڑے عروق پر دباؤ پڑتا ہے۔

نوعمر بچوں کی حالت میں قرع کرنے پر جو اصمیت ہوتی ہے وہ مطلق نہیں ہوتی، اور ممکن ہے کہ سارے اصم رقبہ پر شعبی تنفس سنائی دے، اور اس سے یہ گمان پیدا ہوجائے کہ کشش ٹھوس ہے۔ ایسی حالت میں قلب کی غیر وضعیت (displacement) سے مدد مل سکتی ہے۔

نہایت شاذ اصابتوں میں قلب (یا شاید اورطی) کا نبضان (pulsation) ایک پلیورائی انصباب تک منتقل ہوجاتا ہے۔ یہ انتقال ایک صدمہ یا موج کے طور پر ایک بڑے مصلی اجتماع تک ہوتا ہے یا ایک نسبتہً زیادہ محدود المقام شاید مرئی نبضان کے طور پر ایک ایسے تقیح صدر تک جو دیوار سینہ کے آر پار منتھ کر رہا ہو۔ اسے نابض ذات الجنب (pulsating pleurisy) یا نابض تقیح صدر (pulsating empyema) کہتے ہیں۔

بین لختی ذات الجنب (interlobar pleurisy) کے ابتدائی درجوں میں ممکن ہے درد، کھانسی اور دقت تنفس موجود ہوں مگر کوئی ممیز امارت نہیں ہوتی۔ جب مایع جمع ہوکر ۲ یا ۳ اونس کی حد تک پہنچ جائے تو ممکن ہے کہ قرع کرنے سے سینہ کے وسطی منطقہ میں ایک اصم سُر (dull note) اور ساتھ ہی اس سے اوپر اور نیچے گمگ ملے، اور ممکن ہے کہ اس کے ساتھ لغطات (râles) موجود ہوں۔ بین لختی ذات الجنب کی ایک کثیر الوقوع علامت نفث الدم (hæmoptysis) ہے (Dieulafoy)، اور اگر سیال ریمی ہے، جیسا کہ وہ اکثر ہوتا ہے، تو ممکن ہے کہ وہ ایک شعبہ کے اندر وا ہوجائے اور کھانسی کے ذریعہ خالی ہوکر خود اچھا ہوجائے، اگرچہ کبھی کبھی ایک صبوبی کہف (discharging cavity) مہینوں اور برسوں تک باقی رہتا ہے۔

ڈائفرامی ذات الجنب (diaphragmatic pleurisy) میں انصباب

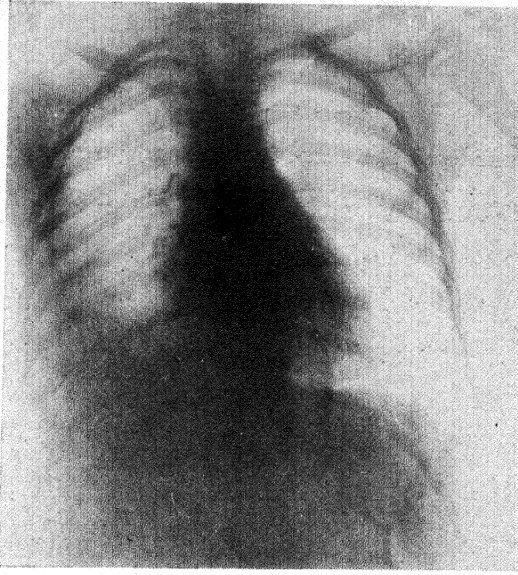
شش اور ڈائفرام کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ مقدار میں وہ عموماً وافر نہیں ہوتا۔ اس سے پہلے اکثر شدید درد ہوتا ہے، اور ساتھ سامنے دسویں پسلی میں ڈائفرام کی انتہا کے مقام دبانے سے، یا گردن میں عصب ڈایافرامی (phrenic nerve) کو باہر سے دبانے سے الیمیت (tenderness) محسوس ہوتی ہے۔ تاوقتیکہ یہ مرض خاص پلیورائی کہفہ میں نہ پہنچ جائے، اصمیت (dulness) صوتِ فرکی، اور بزصوتی (ægophony) غیر موجود ہوتے ہیں، اور اس طرح مایع کے کسی چھوٹے اجتماع کا، جو یہاں کیسہ بند (encysted) ہو، بآسانی نظر انداز ہو جانا ممکن ہے۔

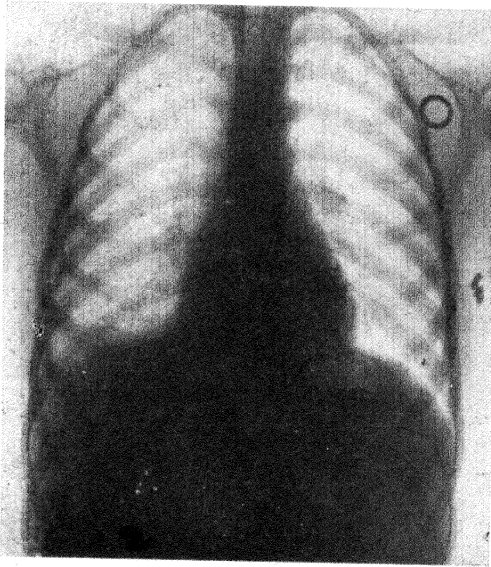
اسی طرح ممکن ہے کہ ایک واسطی ذات الجنب (mediastinal pleurisy) بھی بہت تھوڑے ممیز امارات ظاہر کرے، تاوقتیکہ اجتماع سیال اتنا کافی نہ ہو جائے کہ سینہ کے خط وسطی میں اہم ساختوں پر دباؤ پڑنے لگے۔ یہ امارات یہ ہیں:۔ بُہر (dyspnœa)، ضیق (oppression) کے دورے، سوں سوں کی آواز (wheezing) اور صرصر (stridor)، عسر البلع (dysphagia)، نحاسی کھانسی (brassy cough)، بھرائی ہوئی آواز (hoarseness) اور سطح سینہ پر کی اوردہ کا پھول جانا۔ ساتھ ہی ممکن ہے کہ ظہری فقرات (dorsal vertebræ) پر دبانے سے الیمیت پائی جائے، اور نزد فقری اصمیت (paravertebral dulness) اور کمزور اصوات تنفس، بزصوتی (ægophony) اور لغطات موجود ہوں۔ تامور کے اوپر ذات الجنب نام نہاد پلیورائی تامُوری فرک (pleuro-pericardial friction) پیدا کر دیتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 127)۔ واسطی تقیحات الصدر (mediastinal empyemas) شعبی انبوبات کی راہ سے خارج ہو جانے کا رجحان رکھتے ہیں۔ تشخیص میں لاشعاعوں (X-rays) سے مدد ملے گی، جو یہ ظاہر کر دیں گی کہ تسدد پیدا کرنے والا تودہ نابض ہے یا نہیں۔

تشخیص۔ خشک ذات الجنب (dry pleurisy) میں درد کو سینہ کے دوسرے دردوں سے تمیز کرنے کی ضرورت ہوتی ہے، جن میں سے عام ترین وجع الجنب (pleuro-dynia) یعنی ریشی التہاب (fibrositis) ہے۔ یہ حرکت سے زیادہ ہو جاتا ہے، لیکن اس کے ساتھ بخار یا رگڑ (rub) نہیں ہوتی۔ بین الاضلاع

وجع العصب (intercostal neuralgia) اُس مجاورت یا تعلق کی وجہ سے جو وہ اعصاب سے رکھتا ہے، اور وجع العصب کے امتیازی الیم نقاط کی وجہ سے شناخت ہوتا ہے۔ گرد کبدی التہاب (perihepatitis) اور گرد طحالی التہاب (perisplenitis) ایسے درد پیدا کر سکتے ہیں جو سانس لینے پر بڑھ جاتے ہیں، کیونکہ یہ اعضا دورانِ شہیق میں ڈائفرام کے نزول سے مضغوط ہو جاتے ہیں۔

درجۂ انصباب میں ہمیں اولاً اس پر غور کرنا پڑتا ہے کہ آیا کہفۂ پلیورائی کے اندر مایع موجود ہے یا نہیں، اور دوم اس پر کہ اس مایع کی نوعیت کیا ہے، آیا وہ مصل ہے یا ریم؟ حاد اصابتوں میں ذات الجنب اور ذات الریہ کے باہم خلط ملط ہو جانے کا نہایت امکان ہوتا ہے، کیونکہ ذات الریہ کے ابتدائی درجوں میں اصوات تنفس اکثر غیر موجود ہوتے ہیں۔ عموماً ذات الجنب لمسی ارتعاش (tactile vibration) کی غیر موجودگی اور نسبتہً زیادہ مطلق قسم کی اصمیت (more absolute dulness) سے ممیز ہوتا ہے۔ اور نسبتہً بڑے انصبابات قلب کو اس کی طبعی وضع سے ہٹا دیتے ہیں، جو ایک فیصلہ کن علامت ہے۔ پلیورائی انصباب میں لاشعاعوں سے ایک نہایت سیاہ عکس پیدا ہو جاتا ہے، جس کا بالائی مقعر حاشیہ ریڑھ سے دفعتہً اُٹھ کر بغل کی جانب جاتا ہے، اور ڈائفرام کا خط نہیں نظر آتا (ملاحظہ ہو صفحہ ، ما صفحہ 168)۔ شش، جو اوپر ہوتا ہے، تکثیف (condensation) کی وجہ سے ایک ہلکی سیاہی ظاہر کرتا ہے، اور گاہے ایک تحدیدی خط بھی پایا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۸)۔

مزمن اصابتوں میں شش کی بافت کے بیشتر تجمدات (consolidations) سے سیال کی مشابہت پیدا ہو سکتی ہے، خواہ یہ تجمد اس کے جرم میں جماؤ ہونے کی وجہ سے ہو، خواہ اس کے پچکاؤ کے باعث۔ اس قسم کی بعض اصابتیں حسب ذیل ہیں:۔ تدرنی تجمد، لیفی شش (fibroid lung)، مرض قلب سے پیدا ہو جانے والا تصلب (induration)، شش کی بالیدہ اور انضغاط جو کہ سامنے سے تاموری انصباب سے اور نیچے سے زیر ڈایافرامی پھوڑے (subphrenic abscess) اور جگر کی بالیدہ یا کیسہ (hydatid) سے پیدا ہو سکتا ہے۔ اصابتوں کے مشترک طبیعی امارات یہ ہیں:۔ اصمیت، اصوات تنفس کا انعدام، صوتی گمک اور لمسی ارتعاش کا انعدام (سینے

الف

ب

یہ شعاع نگاشتیں پلیورائی انصباب اور انحلال ظاہر کرتی ہیں۔ الف۔ ۲۰ مارچ ۱۹۳۴ء۔ یہ امر ظاہر ہو کہ انصباب اور شش کے اتصال پر جو منحنی خط ہے وہ ٹھیک راس تک اور راس کے گرد چلا گیا ہے، جس سے معلوم ہوتا ہے کہ بالائی حصہ میں سیال کی ایک نہایت ہی پتلی تہ موجود ہے۔ ب۔ ۱۲ اپریل ۱۹۳۴ء۔ (یہ شعاع نگاشتیں لنڈ سے لاک نے مصنف کے ایک مریض سے لی تھیں)

تندرست شش کی جملہ شہادتوں کی غیر موجودگی، محض اس وجہ سے کہ یہ بالیدیں یا مائعات کے اجتماعات شش کو اسی طرح پچکا یا ہٹا دیتے ہیں جس طرح سے کہ ایک پلیورائی انصباب۔ قاعدۂ شش پر اصمیت کا (جو غلطی سے اکثر پلیورائی انصباب سمجھ لیا جاتا ہے) ایک دوسرا سبب ایک شعبہ کا تسدد ہے۔ لیکن اس حالت میں یہ اصمیت عموماً اس قدر مطلق نہیں ہوتی جتنی کہ یہ پلیورائی انصباب کی صورت میں ہوتی ہے۔ ڈائفرام کے نیچے کی بالیدوں پھوڑوں یا دُوَیروں (cysts) کو پلیورائی انصباب سے تمیز کرنے میں لاشعاعی امتحان خاص منفعت رکھتا ہے، کیونکہ ڈائفرام اول الذکر کی بالائی سطح بناتا ہے، اور محدب ہوتا ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ وہ اٹھا ہوا اور تنفس کے ساتھ غیر متحرک ہو۔ پلیورائی انصباب کی بالائی سطح مقعر ہوتی ہے۔

تقیح الصدر میں مریض کی شکل و صورت اکثر پھیکی پڑ جاتی ہے، بلکہ وہ عدیم الدم (anæmic) ہو جاتا ہے۔ تپش اکثر عادتی قسم (hectic type) کی ہوتی ہے، اور صبح ۹۸ یا ۹۹ درجہ سے لے کر شام کو ۱۰۲، ۱۰۳ یا ۱۰۴ ہو جاتی ہے، جس کے ساتھ قشعریرہ یا بکثرت پسینہ نکل سکتا ہے۔ لیکن اس وقت بھی جب کہ تپش بالکل درجۂ طبعی کی ہو ممکن ہے کہ سینہ پیپ سے بھرا ہوا ہو۔ تقیح الصدر میں سپید خلیوں کی نمایاں کثرت ہوتی ہے۔ ذات الجنب کے دوران میں دفعتہً ریمی نفث واقع ہو جانا اس امر کی ایک اہم دلالت ہے کہ ایک ایسا تقیح الصدر موجود ہے کہ جو ایک شعبہ کے اندر پھوٹ گیا ہے۔ اور طویل المدت احابتوں میں انگلیاں موٹی پڑ جاتی ہیں یا گرز شکل (clubbed) ہو جاتی ہیں۔ دیوار سینہ کا اُذیما، معلی انصبابات کے نسبت تقیح الصدر میں زیادہ کثیر الوقوع ہوتا ہے، لیکن وہ ان دونوں حالتوں میں سے کسی ایک کی بھی ابتدائی امارت نہیں۔ تقیح الصدر کے اوپر والی دیوار سینہ دبانے سے الیم پائی جا سکتی ہے۔ نو عمر بچوں میں کھانسی، بہر (dyspnœa)، قے اور لاغری کا یکجا پایا جانا تقیح الصدر پر دلالت کرتا ہے۔

ذات الجنب کے علاوہ دوسرے اسباب یعنی مقامی اور کلی استسقاء سے باعث بھی کہفۂ پلیورائی کے اندر مصل موجود ہو سکتا ہے۔ طبعی امارات مماثل ہوتے ہیں لیکن یہ حالت جیسے استسقاء صدری (hydro-thorax) کہتے ہیں عموماً مرض قلب

یا مرض برائٹ یا سینہ کے اندر کی بالیدکا دباؤ عروق پر پڑنے کے بعد واقع ہوتی ہے۔ اور ذات الجنب کے ساتھ جو عموی متلازمات ہوتے ہیں وہ اس میں موجود نہیں ہوتے۔

حاد اصابتوں کو چھوڑ کر دوسری تمام اصابتوں میں تشخیص کی لغزشیں اتنی کثیر التعداد ہیں کہ ایک مناسب سوئی اور پچکاری کے ذریعہ جلد ہی استقصاء (exploration) کے ذریعہ فیصلہ کرنا چاہیئے۔ اس میں ایک مزید فائدہ یہ ہے (جو صرف اسی سے حاصل ہو سکتا ہے) کہ سیال کی نوعیت دریافت ہو جاتی ہے، اور خرد بینی اور جرثومیاتی امتحان کے لئے مادہ بھی حاصل ہو جاتا ہے۔ مجہول انصبابات (passive effusions) (استسقاء صدری hydrothorax) میں بڑے سرطلی خلیوں کی تعداد زیادہ ہوتی ہے، لیکن لمف خلیے بھی موجود ہو سکتے ہیں۔ ذات الجنب کی اقسام ساریہ میں جو نبقہ سبحیہ یا نبقہ ریویہ کے سبب سے ہوں، کثیر الاشکال نواتی (polymorphonuclear) اور بڑے یک نواتی (large mononuclear) سپید خلیے زیادتی کے ساتھ پائے جاتے ہیں۔ تدرنی ذات الجنب میں لمف خلیوں کا اکثر غلبہ رہتا ہے، لیکن کثیر الاشکال نواتی خلیے بھی اکثر موجود رہتے ہیں۔ خون آلود انصباب کا عام ترین سبب تدرن ہے، لیکن خون آلود انصباب بالید کے ساتھ بھی ہوتا ہے۔

اگر پلیورائی مصل سے عضویوں کی کاشت براہ راست نہیں کی جا سکتی، اور اگر عصیۂ درنیہ کا حاصل ہونا ممکن نہ ہو، تو مصل کا درنی الاصل ہونا ایک گینی پگ کی تطعیم (inoculation) کر کے ثابت کیا جا سکتا ہے۔

جیسا کہ محدود المقام ذات الجنبوں کے علامات کے بیان میں اشارہ کیا جا چکا ہے، ان کی تشخیص نہایت مشکل ہو سکتی ہے۔ واسطی ذات الجنب (mediastinal pleurisy) کا واسطی سلعات (mediastinal growths) کے ساتھ خلط ملط ہو جانا ممکن ہے، خواہ یہ خبیث سلعات ہوں یا لمفائی غددی (lymph-adenomatous)۔ لیکن اول الذکر کی سرگذشتِ مرض عموماً بہت تھوڑے عرصہ کی ہوتی ہے، اور حملۂ مرض سریع ہوتا ہے۔ تمام اصابتوں میں لاشعاعوں سے مدد مل سکتی ہے۔

انذار۔ ذات الجنب بغیر انصباب کے ہو یا مصلی فائبرینی انصباب کے ساتھ ہو، اس کی بیشتر اصابتیں یا تو دوائی علاج سے، یا مایع خارج کر دینے کے بعد،

شفایاب ہو جاتی ہیں، لیکن ممکن ہے کہ اُن کی سرگذشت مابعد اکثر ناموافق ہو۔ دو برس سے کم کے بچوں میں تقیح الصدر نہایت ہی مہلک ہوتا ہے۔ صرف ۲۵ فی صدی شفایاب ہوتے ہیں (40)۔ یہ اس وجہ سے ہے کہ اکثر وہ ایک عمومی نبقی ریوی سرایت کا ایک ہی مظہر ہوتا ہے، اور یہ سرایت ہم زماں طور پر ذات الریہ، التہاب تامور (pericarditis) وغیرہ بھی پیدا کر دیتی ہے۔ نسبتہً بڑے بچوں میں تقیح الصدر عموماً ذات الریہ کے بعد ہوتا ہے اور دوسری کوئی پیچیدگیاں نہیں ہوتیں، اس لئے انذار اچھا بلکہ بالغوں سے بہتر ہوتا ہے، اور پیپ جس قدر جلد خارج کر دی جائے وہ اسیقدر زیادہ امید افزا ہوتا ہے۔ یہ غالباً اس وجہ سے ہے کہ بچوں میں مریضوں کی غالب تعداد نبقی ریوی ہوتی ہے، درآنحالیکہ بالغوں میں زیادہ مریض نبقی سبحی ہوتے ہیں۔ اگر نبقی ریوی تقیح الصدر التہاب تامور (pericarditis) سے پیچیدہ ہو جائے، جیسا کہ اکثر ہوتا ہے، تو انذار خراب ہوتا ہے۔ لیکن ایسی بعض اصابتیں شفایاب ہوئی ہیں۔

علاج۔ اگر ذات الجنب تدرنی ہو تو ریوی تدرن کے عنوان کے تحت بیان کردہ عام علاج کرنا چاہیئے۔

پسی ہوئی السی کی پلٹسوں (linseed meal poultices)، اینٹی فلاجسٹین (antiphlogistin) یا تھرموجن وول (thermogen wool) کے لگانے، اور افیون یا مارفیا (morphia) کے داخلی استعمال، یا مارفیا کے تحت الجلدی استعمال سے درد میں تخفیف کی جا سکتی ہے۔ درد کے مقام پر چھالے ڈالنے (blisters)، جونکیں (leeches) لگانے یا محجمہ (cupping) استعمال کرنے سے بھی عموماً تسکین ہوتی ہے۔ ماؤف جانب کو اگر بند کشیدہ (strapped) کر دیا جائے تو اس ذریعہ سے تنفسی حرکات کی روک تھام ہو جاتی ہے، درد کم ہو جاتا ہے، اور غالباً التہابی فعل بھی کسی حد تک رک جاتا ہے۔ ایک نہایت ہی عمدہ متبادل طریقہ جس کو سر چارلٹن برسکو (Sir Charlton Briscoe)[1] نے اختراع کیا ہے یہ ہے کہ ایک پیٹی[2] (belt) سینہ کے

[2] یہ پٹی برائس ایولین وگمور سٹریٹ، ڈبلیو آئی (Brice Evelyn Wigmore Street, W. I.) سے مل سکتی ہے۔

گرد نہایت مضبوطی کے ساتھ باندھ دی جائے ۔ تندرست جانب پر پٹی میں ایک ہیتل کی
کمانی داخل کردی جاتی ہے تاکہ شہیق کے ساتھ پھیلاؤ ممکن ہو جائے ۔ بندکشید گی
(strapping) چوڑی دھجیوں کی صورت میں کرنی چاہیئے جو ریڑھ کی ہڈی سے 188
لے کر عظم القص تک لگی ہوئی ہوں، اس طرح پر کہ متبادل دھجیاں ترچھے رُخ میں
اوپر کے طرف اور ترچھے رُخ میں نیچے کے طرف جائیں، یہاں تک کہ ساری جانب
ڈھک جائے ۔ مریض کو بے حرکت رکھنا چاہیئے ۔ اگر انصباب واقع ہو جائے تو
مُسکّنات (anodynes) کی ضرورت کم ہوگی، اور ملحات (salines)، جیسے کہ
ایسٹیٹ آف پوٹاسیئم (acetate of potassium) اور سائٹریٹ آف پوٹاسیئم
(citrate of potassium)، یا ایسٹیٹ اور سائٹریٹ آف امونیئم (acetate
& citrate of ammonium)، دیئے جا سکتے ہیں ۔ ان کا اثر یہ ہوتا ہے کہ جلد
اور گردے کے اخراجات (excretions) زیادہ ہو کر انصباب شدہ سیال کے
جذب میں مدد ہوتے ہیں ۔ کچھ عرصہ کے بعد آیوڈائڈ آف پوٹاسیئم اسقیل (squill)
یا دوسرے مُدرّات (diuretics) ملائے جا سکتے ہیں، اور ممکن ہے کہ ایسی ضد خراش
(counter-irritation) سے، جیسی کہ ٹنچر یا محلولِ آیوڈین ماؤف جانب کے
اوپر تصبیغ کرنے سے حاصل ہو سکتی ہے، جذب زیادہ ہو جائے ۔

تدریجی انصباب کی صورت میں آج کل عام ترین دستور العمل یہ ہے کہ
سیال کو صرف اُسی وقت خارج کیا جاتا ہے جب کہ وہ بہت زیادہ مقداروں میں
موجود ہو ۔ یقین کیا جاتا ہے کہ متوسط مقداریں ششش کو پچکا کر اور اس کی حرکت کو
کم کر کے حقیقتہً مفید ہوتی ہیں، اسی اصول کے مطابق کہ جس اصول کے مطابق
مصنوعی التراوح الصدر (artificial pneumothorax) مفید ہوتا ہے ۔ اگر قلب
دوسری جانب کو دھکیل دیا گیا ہے، یا اگر سینہ کی ایک جانب کے بیشتر حصہ پر مطلق
اصمیت (absolute dulness) موجود ہے تو ایک مبزل اور قنولیہ کے ذریعہ کچھ
سیال خارج کر دینا چاہیئے ۔ بہترین قاعدہ یہ ہے کہ اُسے اُس وقت تک نکلنے دیا جائے
جب تک کہ اس کا دباؤ کرۂ ہوائی کے دباؤ سے نیچے نہ ہو جائے، یعنے جب تک کہ
وہ خود بخود قنولیہ کے باہر نکلنا موقوف نہ کر دے ۔ وقت بچانے کے لئے اکثر ایک

ممصاص (aspirator) استعمال کیا جاتا ہے، یا مائع کو ایک سیفنی عمل (syphonage) کے ذریعہ ایک خم پذیر انبوبہ میں سے بہا کر ایک ظرف میں نکال لیا جاتا ہے جو کہ فرش پر پڑا ہوتا ہے۔ لیکن یاد رکھنا چاہیئے کہ ایسے ذرائع سے مائع کو بآسانی ایسی مقدار میں نکالا جا سکتا ہے جو مناسب سے زیادہ ہوتی ہے۔ ایک تازہ طریقہ یہ ہے کہ سیال کی جگہ ہوا داخل کر دی جائے۔ شش کو پھیلانے میں سادہ تنفسی ورزشوں سے بڑی مدد حاصل کی جا سکتی ہے۔ مریض کو متواتر وقفوں سے گہری سانسیں لینی چاہئیں اور مزاحمت کے خلاف باہر کو پھونکنا بھی چاہیئے۔

اگر سوئی سے استقصاء (exploration) کرنے پر ظاہر ہو کہ مائع ریمی ہے (تقیح الصدر)، تو جرّاح کو چاہیئے کہ ایک مقامی یا عام معدم حس (local or general anesthetic) استعمال کر کے آزادانہ شگاف دے اور پسلی کا ایک ٹکڑا قطع کر کے پیپ کو باہر بہنے دے۔ دو سال سے کم عمر والے بچے پسلی کے جزوی استیصال (rib resection) کی برداشت اچھی طرح نہیں کر سکتے۔ ایک مبزل (trocar) کے ذریعہ ایک قنولچہ (cannula) داخل کیا جا سکتا ہے اور اسے جسم کے گرد فیتے لگا کر ٹھیک وضع میں باندھ دیا جا سکتا ہے۔ ایک ربر کی نلی جو قنولچہ میں ٹھیک بیٹھ جائے، تقیح الصدری کہفہ کے اندر داخل کی جاتی ہے اور اس کے مشمولات کو ایک دبیز دیواروں والی صراحی (flask) کے اندر خالی کر لیا جاتا ہے، اور ایک مقطاری پمپ (filter-pump) یا کسی دوسری ترکیب کے ذریعہ مستقل امتصاص (suction) قائم رکھا جاتا ہے (41)۔ طویل المدت مغفول تقیح الصدری اصابتوں میں باوجود آزادانہ مسیلیت (free drainage) کے کہفہ سے پیپ کا افراز جاری رہتا ہے اور زخم بند نہیں ہوتا۔ اگر یہ زیادہ عرصہ تک ہوتا رہا تو حربشی مرض (lardaceous disease) کا اندیشہ ہونا چاہیئے۔ ایسی حالت میں تین طریقہ ہائے عمل ممکن ہیں:۔ (۱) کہفہ کو یوسال (eusol) کے ذریعہ دھو کر صاف کیا جائے، یہاں تک کہ اس کے مشمولات جرثومیاتی طریقہ سے امتحان کرنے پر عملاً عقیم (sterile) ملیں۔ کیاریل کا مسلسل مسیلیت کا طریقہ (Carrel's method of continuous drainage) کام میں لایا جا سکتا ہے۔ پھر زخم کو بند

ہونے دیا جائے، تاکہ مریض ایک مستقلاً عقیم استرواح الصدر (sterile pneumothorax) حاصل کر لے۔ معمولی حاد تقیح الصدر میں کہفہ کو نہ دھونا ہی بہتر ملتا ہے، کیونکہ پلیئورائی معکوسی غشیان (pleural reflex syncope) کے باعث اموات کا اندراج ہوا ہے۔ یہ ہلاکت غالباً عصب تائیہ کے امتناع (vagal inhibition) کے باعث ہوتی ہے، جو ملتہب پلیئورا کی خراش کی وجہ سے واقع ہو جاتا ہے۔ مزمن اصابتوں میں بہ ظاہر یہ خطرہ نہیں موجود ہوتا۔ (۲) ایک خاصہ وسیع جراحی عملیہ انجام دیا جائے جس میں پسلیوں کی اتنی کافی تعداد کا جزوی استیصال (resection) عمل میں لایا جائے کہ جس سے ہاتھ سینہ کے اندر داخل ہو سکے۔ دبیز حشائی پلیئورا (visceral pleura) چھیل لیا جاتا ہے (تقشیر = decortication)، اور پھیپھڑا بہ سرعت پھیل کر کہفہ کو پُر کر دیتا ہے۔ (۳) ترقیع الصدر (thoracoplasty) کا عملیہ (ملاحظہ ہو صفحہ 175)۔

یہ مسئلہ اکثر پیش آتا ہے کہ آیا حاد پلیئورائی انصباب کی اُن اصابتوں میں جو نبقہ سبحیہ کے باعث ہوں، جراحی عملیہ کرنا چاہیے، مثلاً اس وقت جب کہ سیال کسی قدر گندلا ہو اور خرد بینی امتحان کرنے پر اس میں کثیر التعداد کثیر الاشکال نواتی خلیے (polymorphonuclear cells) موجود پائے جائیں۔ اس کا جواب یہ ہے کہ جزوی استیصال ضلعی (rib resection) محض اُسی وقت عمل میں لانا چاہیے جب کہ حقیقی ریم موجود ہو، لیکن گندلا سیال اگر مقدارِ کثیر میں موجود ہو تو اُسے بذریعہ امتصاص (aspiration) خارج کیا جا سکتا ہے۔ کیمپ لی، وا (Camp Lee, Va) کے مقام پر امریکی مشاہدات سے اس طریقۂ عمل کا فائدہ اُن تقیحات الصدر میں معلوم ہو گیا جو خون پاش (hæmolytic) نبقہ سبحیہ کی وجہ سے ہوئے تھے۔ ابتدائی اصابتوں میں ذات الجنب کے ساتھ اکثر ذات الریہ موجود ہوتا ہے۔ مزید برآں اگر جزوی استیصال ضلعی کا عملیہ زیادہ ابتدائی درجہ میں عمل میں لایا جائے تو ممکن ہے کہ زخم سرایت زدہ ہو کر عفونۃ الدم (septicæmia) پیدا کر دے۔ انصباب، گو وہ گندلا بھی ہو، اکثر بلا عملیہ کے صاف ہو جاتا ہے۔ اس کے برعکس یہ بھی ممکن ہے کہ دو یا تین ہفتوں میں پیپ نمو یاب ہو جائے۔ ایسی حالت میں جزوی استیصال ضلعی (rib resection) عمل میں لانا چاہیے۔ تقیح الصدر کے جراحی

علاج کے دوران میں مریض کو ہر طریقہ سے عمدہ غذا، خوشگوار ہوا، اور مقوی ادویہ مثلاً کونین (quinine) اور لوہے سے سہارا دینا چاہیئے۔

استسقاء الصدر

(HYDSOTHORAX)

اس اصطلاح کا اطلاق کہفۂ پلیورا کے اندر سیال کے اُس اجتماع پر کیا جاتا ہے، جو التہاب کا نتیجہ نہ ہو بلکہ مرض قلب یا مرض برائٹ یا کبت جگر (cirrhosis of the liver) کا نتیجہ ہو یا سینہ میں بالید کی وجہ سے دوران خون میں مداخلت واقع ہونے سے پیدا ہو جائے۔ یہ فی الحقیقت کہفۂ پلیورا کا استسقاء ہے، اور اس سیال میں اس سے کم البیومین اور کم فائبرینوجن (fibrinogen) موجود ہوتا ہے کہ جتنا ذات الجنب میں ہوتا ہے۔ اس کے طبیعی امارات پلیورائی انصباب کے طبیعی امارات سے مشابہ ہوتے ہیں، لیکن رگڑ (rub) بلاشبہ غیر موجود ہوتی ہے چونکہ، جیسا کہ اکثر ہوتا ہے، یہ ایک عمومی یا مرکزی سبب سے پیدا ہوتا ہے، یہ ذات الجنب کے نسبت بہت زیادہ مرتبہ دو جانبی پایا جاتا ہے۔ لیکن کبھی کبھی ایک بہت بڑا ایک جانبی انصباب بھی محض استسقا (dropsy) ہو سکتا ہے۔ استسقاء الصدر کی شناخت کا انحصار عام طور پر سرگذشت مرض (history) اور اُس کو پیدا کرنے والے امراض کی سابقہ موجودگی پر ہوتا ہے۔ جب یہ سیال نکال لیا جائے تو اسکے اندر موجود رہنے والے خلوی عناصر کی نوعیت تشخیص میں ممد ہو سکتی ہے، جیسا کہ ذات الجنب کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے۔ اگر ایسیٹک ایسڈ (acetic acid) التہابی انصباب میں ملایا جائے تو ایک سپید گندلاپن (white turbidity) پیدا ہو جاتا ہے۔ ایک انصباب مجہول (passive effusion) کے ساتھ ایسا نہیں واقع ہوتا۔

اس کا علاج بیشتر ثانوی اہمیت رکھتا ہے، کیونکہ یہ اس کے پیدا کنندہ مرض کے علاج پر مشتمل ہے۔ چونکہ اگر سیال کو خارج کیا جائے تو اس کا پھر واقع ہو جانا تقریباً یقینی ہے، لہذا بزل (paracentesis) یا امتصاص (aspiration) صرف

اُسی وقت عمل میں لانا چاہیئے جب کہ ایک بہت بڑا انصباب (جو خواہ صرف ایک ہی جانب پر ہو یا دونوں جانبوں پر منقسم ہو) تنفس میں خطرناک طور پر رکاوٹ پیدا کر رہا ہو۔

صدرِ دمویت

(HÆMOTHORAX)

اِس اصطلاح سے مُراد خون کا وہ انصباب ہے جو بڑی مقدار میں کیفۂ پلیورا کے اندر ہو۔ اِس کا استعمال محض ان خون آلود مصلی انصبابات کے لئے نہیں کیا جاتا جو ذات الجنب میں اِس قدر عام ہیں۔ صدرِ دمویت عموماً زخموں، تضررات یا صدری اَنورِسما (thoracic aneurysm) کے انشقاق سے پیدا ہو جاتی ہے۔ زخموں کی حالت میں زندگی کو سب سے بڑا خطرہ باہر سے خون کے سرایت زدہ ہو جانے سے ہوتا ہے۔ بعض اوقات یہ تدرّن پلیورا میں واقع ہوتا ہے، یا ایک سِل ریوی کے کہفہ (phthisical cavity) کے اندر ایک ریوی عرق کے انشقاق اور ازاں بعد پلیورا کے اندر خون کی دِما بدری (extravasation) سے واقع ہو جاتا ہے۔ مستثنیٰ اصابتوں میں یہ ایک نفاخی آبلہ (emphysematous bulla) کے پھٹ جانے سے (Newton Pitt)، یا کبیتِ جگر، ذراتی گُردے (granular kidney)، یا متسع قلب (dilated heart) کے ساتھ پائے جانے والے انحطاط یافتہ عروق سے، یا خبیث مرض (malignant disease) سے واقع ہو جاتا ہے۔ اور بعض اوقات یہ اوّلی (primary) معلوم ہوتا ہے، اور اِس کے مبداء کی توجیہ کبھی نہیں ہوتی۔

طبیعی امارات کہفۂ پلیورائی کے اندر مایع کی موجودگی کے ہوتے ہیں۔ زخموں کے بعد پیدا ہو جانے والی صدرِ دمویت میں اُسی جانب کا ڈائفرام بلند اور بے حرکت ہوتا ہے۔ شش بہت پچکا ہوا ہوتا ہے، اور سیال سے اوپر بہت ڈھیلا ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اسکوڈائی گمک (Skodaic resonance) خاص طور پر نمایاں ہوتی ہے۔

تشخیص کا انحصار انور سماکی حالت میں ماسبق سرگذشت پر اور اُس غشیان (syncope) اور شحوب (pallor) پر ہوتا ہے، جو خون کے سریع الوقوع ضیاع پر دلالت کرتے ہیں۔ ممکن ہے کہ صدر دمویت صرف استقصار (exploration) کرنے پر پائی جائے۔

علاج - اگر مایع کو بذریعۂ امتصاص (aspiration) خارج کیا جائے تو اُسکے دوبارہ پیدا ہو جانے کا بہت امکان ہوتا ہے۔ اور غالباً بہتر یہی ہے کہ اگر خون رَاست دباؤ پیدا کر کے تکلیف کا باعث نہ ہو تو اُسے جذب ہونے کے لئے علیٰ حالہٖ چھوڑ دیا جائے۔ زخموں کی حالت میں ایک متوسط صدر دمویت کو زخم لگنے کے ایک ہفتہ کے بعد امتصاص کے ذریعہ خارج کیا جا سکتا ہے، اور بجائے اُس کے آکسیجن داخل کر دینا اکثر فائدہ مند ہوتا ہے۔ عفونی صدر دمویت کے لئے آزادانہ میلیت (free drainage) کی ضرورت ہوتی ہے۔

کیلوس صدری

(CHYLOTHORAX)

شاذ اصابتوں میں کہفۂ پلیورائی کے اندر کا انصباب سپید اور دودھ جیسا ہوتا ہے، اُن سیالات کے مانند جو بعض اوقات کہفۂ باریطونی میں موجود ہوتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں یہ حقیقی کیلوس صدری ہوتی ہے، اور بعض میں ایک کیلوس نما انصباب (chyliform effusion)، جس میں لبنی منظر کیلوس (chyle) کے شحمی عناصر کی وجہ سے نہیں بلکہ لیسیتھین (lecithin) کے ایک مرکب کے ذرات کے باعث ہوتا ہے (ملاحظہ ہو استسقائے شکلی کیلوسی = Chylous Ascites)۔ اس کے اسباب وہی ہیں جو باریطون کی حالت میں ہوتے ہیں۔ سینہ میں قناۃ صدری (thoracic duct) کو تضرر پہنچ جانے سے کیلوسی صدر دمویت (chylo-hæmothorax) کی اصابتوں کا اندراج ہوا ہے۔

190

استرواح الصدر

(PNEUMOTHORAX)

امراضیات - کہفۂ پلیورا کے اندر ہوا کی موجودگی استرواح الصدر کہلاتی ہے - اگر اس کے ساتھ مصل بھی موجود ہو تو یہ آبی استرواح الصدر (hydro-pneumothorax) کہلاتی ہے - اگر ہوا کے ساتھ پیپ بھی ہو تو یہ ریمی استرواح الصدر (pyo-pneumothorax) کہلاتی ہے اگر ہوا کے ساتھ خون ہو تو دموی استرواح الصدر (hæmo-pneumothorax) کہلاتی ہے۔

کہفۂ پلیورائی کے اندر ہوا حسب ذیل طریقوں سے داخل ہو سکتی ہے:۔ (الف) دیوارِ سینہ کے اندر کے کسی سوراخ کی راہ سے' (ب) سطح شش کے کسی تفرق کی راہ سے' یا (ج) کبھی کبھی قرب و جوار کے کسی ایسے حشا کے انشقاق سے جو ہوا پر مشتمل ہو۔ (الف) استرواح الصدر پہلو کے ہر ایسے زخم سے پیدا ہو سکتا ہے جو دیوار سینہ کی ساری دبازت میں ہو کر گذرتا ہو۔ مصنوعی طور پر یہ اس وقت پیدا ہو جاتا ہے جب کہ تقیح الصدر کے لئے پسلی کا جزوی استیصال کیا جاتا ہے (ریمی استرواح الصدر = pyo-pneumothorax) یا جب سل ریوی کا علاج مصنوعی استرواح الصدر (artificial pneumothorax) پیدا کر کے کیا جاتا ہے۔ (ب) جب ایک مکسور پسلی پلیورا کی دونوں تہوں کو اس طرح مثقوب کر دیتی ہے کہ ہوا شش سے کہفۂ پلیورا کے اندر داخل ہو جاتی ہے' تو بھی یہ حالت پیدا ہو جاتی ہے' دراں حالیکہ جلد سالم رہتی ہے۔ سطح شش کے انشقاق سے خود بخود واقع ہو جانے والے استرواح الصدر کی دس اصابتوں میں سے نواسی تھیں جو سل ریوی کے باعث پیدا ہوئیں جب کہ ایک کہفہ (vomica) عمل تقرح کے ذریعہ کہفۂ پلیورائی میں کھل گیا تھا۔ اور نسبتۃً کم عام طور پر ایک تقیح الصدر پلیورا کے اندر سے نکل کر شش میں پہنچ جاتا ہے' اور ہوا پلیورائی تاچہ میں داخل ہو کر ایک ریمی استرواح الصدر پیدا کر دیتی ہے۔ حادثات الریہ میں پلیورا کا مشقوق ہونا معلوم ہوا ہے' جس کا نتیجہ یہ ہوا ہے کہ ہوا

باہر نکل کر ایک استرواح الصدر بن گیا ہے ۔ اور ششش کا تقیح الدمی خراج (pyæmic abscess) یا اُس کی گنگرین ایک مماثل نتیجہ پیدا کر سکتی ہے' یا ممکن ہے کہ ایک نفاخی آبلہ (bulla) پھوٹ جائے ۔ بارہا ایک بالکل تندرست شخص میں انشقاق ششش ہے' جو غالباً کسی قسم کے یکایک زور لگانے کا نتیجہ ہو' استرواح الصدر (نیوموتھوریکس) خود بخود واقع ہو جاتا ہے ۔ (ج) شوکہ کا یا واسط کا پھوڑا (spinal or mediastinal abscess) پلیورا کے اندر نقب لگا دے تو نتیجہ یہ ہو سکتا ہے کہ پلیورا کے اندر ہوا بھی داخل ہو جائے ۔ اسی طرح معدے کا قرحہ یا سرطان' یا مری کا سرطان' غذائی قنال سے ہوا کو داخل کر سکتا ہے ۔

استرواح الصدر کو اُس کے پیدا کنندہ فتحہ کی حالت کے لحاظ سے مفتوح (open)' مسدود (closed)' یا مصراعی (valvular) کہہ سکتے ہیں ۔

مفتوح استرواح الصدر (open pneumothorax)۔ جب کسی بیرونی زخم سے ہوا سینہ کے اندر داخل ہو جاتی ہے اور زخم مفتوح رہ جاتا ہے' تو ششش خود اپنی لچک کی وجہ سے پچک جاتا ہے ۔ اور نہ صرف زخمی شدہ جانب کا ششش' بلکہ ممکن ہے کہ مقابل کا ششش بھی کسی قدر منقبض ہو کر اپنے ساتھ واسط کو کھینچ لے ۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ احشا کی کسیقدر جانبی غیر وضعیت (lateral displacement) واقع ہو جاتی ہے' ٹھیک اُسی طرح جس طرح کہ سیال انصباب کی صورت میں ہوتا ہے ۔ جب سل ریوی کے کہفہ کا انشقاق اِس طرح واقع ہو کہ روزن غیر مسدود رہے اور تاچۂ پلیورائی شعبی انبوبات سے مرتبط رہے' تو ایسی صورت میں بھی استرواح الصدر واقع ہو جانے سے غیر وضعیت واقع ہوتی ہے ۔ اِن دونوں حالتوں میں استرواح الصدر میں ہوا کا اوسط دباؤ کرۂ ہوائی کے دباؤ کے برابر ہوتا ہے ۔

مسدود استرواح الصدر (closed pneumothorax)۔ جب روزن چھوٹا ہوتا ہے تو ممکن ہے کہ وہ لمف سے بسرعت مسدود ہو جائے ۔ ایسا ہونے سے مزید وعابدری رُک جاتی ہے اور ممکن ہے کہ ہوا تمامتر جذب ہو جائے یکسود بڈی سے پلیورا کی دریدگی (laceration) ہو جانے کی مثالوں میں اور

بعض اوقات مرض شش کی وجہ سے واقع ہونے والے استرواح الصدر میں یہی صورت پیش آتی ہے ۔ مسدود استرواح الصدر میں محبوس ہوا کا بتدریج ترقی پذیر جذب واقع ہوتا ہے ۔ دباؤ منفی ہوتا ہے، اور احشار کی غیر وضعیت (جبکہ دیگر امور مساوی ہوں) اس سے کم ہوتی ہے کہ جتنی مفتوح استرواح الصدر میں ہوتی ہے ۔

مصراعی استرواح الصدر (valvular pneumothorax)۔

ایک تیسرا امکان یہ ہے کہ پلیورائی جھلی یا لمف کی ایک وضعی روزن پر لٹکتی رہتی، اور اس طرح ایک مصراع (valve) بنا دیتی ہے ۔ ایسی صورت میں شہیق (inspiration) کے ذریعہ سے ہوا تاجوف پلیورائی کے اندر کھنچ آتی ہے لیکن دوران زفیر (expiration) میں باہر نہیں جا سکتی ۔ اوسط دباؤ مثبت ہو جاتا ہے، یعنے کرۂ ہوائی کے دباؤ کے نسبت زیادہ بڑھ جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ احشار کی غیر وضعیت (displacement) اور سینہ کا انتفاخ (distension) انتہائی درجہ کا ہو جائے ۔ اس طرح سے ممکن ہے کہ قلب مقابل کی جانب کو بہت دور تک دھکیل دیا جائے، اور ڈائفرام کے تسطح (flattening) اور ارتکاس (inversion) کے باعث جگر یا طحال بھی نیچے ہٹ جائے ۔ ممکن ہے کہ دوسرے روزنوں کی طرح مصراعی روزن بھی انضمامات (adhesions) سے مسدود ہو جائے ۔

191

ہبوط شش اور احشار کی غیر وضعیت کی مقدار، مختلف اصابتوں میں شش کی سابقہ حالت سے اثر پذیر ہوتی ہے ۔ اگر شش سل ریوی میں وسیع طور پر مرضی ہو، یا بیشتر حصے میں منضم (adherent) ہو تو ہبوط بہ نسبت اُس وقت کے جب کہ وہ بیشتر حصے میں تندرست ہو کم ہوگا ۔

طبیعی امارات ۔ گمک (resonance) کا انحصار ایک کہفہ کی موجودگی پر اور ایسی لچکدار دیواروں کی موجودگی پر ہے جو ہوا کی موجوں کے ساتھ ہم آہنگ ہو کر مرتعش ہونے کی قابلیت رکھتی ہوں (ملاحظہ ہو صفحہ 122) ۔ دیواروں کی لچک زیادہ تر کہفہ کے اندر کی ہوا کے دباؤ پر منحصر ہے ۔ اگر دباؤ بہت بلند ہو، جیسے کہ مصراعی استرواح الصدر (valvular pneumothorax) میں، تو سُر اصم ہوتا ہے ۔ نیز وہ اُس وقت بھی اصم ہو سکتا ہے جب کہ داخلی دباؤ کرۂ ہوائی کے

دباؤ کے برابر ہو، جیسا کہ تقیح الصدر کے لئے جزوی استیصال ضلعی کرنے کے بعد ہوتا ہے۔ سازگار رفتاری حالات میں، خواہ یہ فشار کرہ ہوا کے نسبت زیادہ یا کم ہو، قرع کرنے پر ایک تطبلی سُر حاصل ہوتا ہے، اور اس کے ساتھ حروں نحاسی (bruit d' airain) یا صوت جرسی (bell sound) بھی ہوتی ہے (ملاحظہ ہوں صفحات 127'123)، اور نہایت سازگار حالات میں ایک دھاتی جھنکار (metallic tinkling) ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 126)۔ یہ امر کہ حروں نحاسی (bruit d 'airain) کا انحصار کہفہ کی دیواروں کی لچک پر ہوتا ہے، اور خود لچک مشمولہ ہوا کے دباؤ پر منحصر ہوتی ہے، طالب علم حسب ذیل طریقہ سے معلوم کر سکتا ہے:۔ وہ اپنا مُنہ بند کر کے اپنے گال پھلاتا ہے، اور گال پر ایک سکہ رکھکر اُسے دوسرے سکہ سے ٹھوکتا ہے۔ اگر مُنہ کے اندر کی محبوس ہوا پر گالوں سے صحیح طور پر دباؤ ڈالا جائے تو ایک موسیقی آواز پیدا ہو جاتی ہے۔ ایک دوسری ممیز آواز پیدا ہونے کی وجہ یہ ہے کہ سیال سینہ کے بالائی حصہ سے سینہ کے حصۂ زیریں کے مایع کے اندر ٹپکتا ہے۔ یہ آواز تقریباً موسیقی صفت کے ساتھ گونج اٹھتی ہے۔ تنفسی خرخر (respiratory murmur) اکثر بالکل غیر مسموع رہتا ہے، یا خفیف قدری تنفس (amphoric breathing) موجود ہوتا ہے۔ قدری تنفس شُش کے ہبوط کے باعث ہو سکتا ہے یا اُس روزن کے باعث جو ایک شعبہ سے کُھل کر استرواح الصدر کے اندر جاتا ہے۔ لیکن ایک خفیف تر آواز کا وقوع اُس وقت بھی ممکن ہے جب کہ انضمامات نے شُش کو کہفۂ پلیورائی کی طرف سے مسدود کر دیا ہو۔ صوتی گمگ (vocal resonance) اور لمسی ارتعاش (tactile vibration) عموماً بہت کم ہو جاتے ہیں، لیکن شعبہ صوتی (bronchophony) یا صدر کلامی (pectoriloquy) اُس وقت موجود ہو سکتی ہے جب کہ قدری تنفس موجود ہو۔

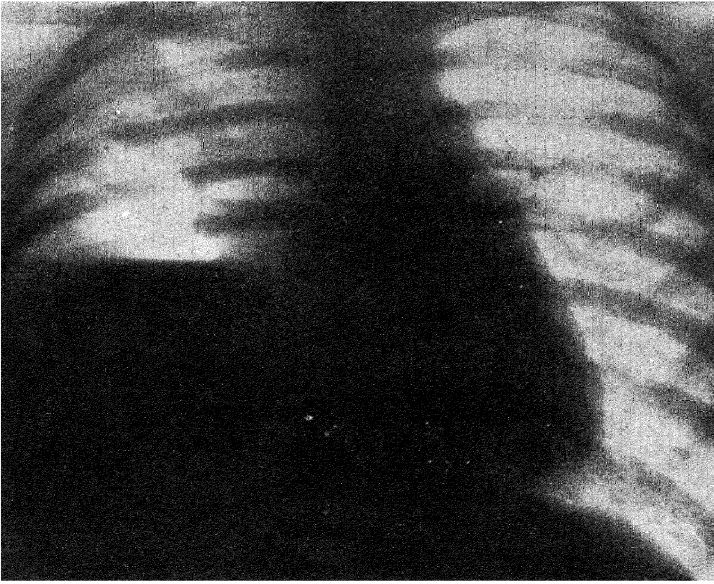
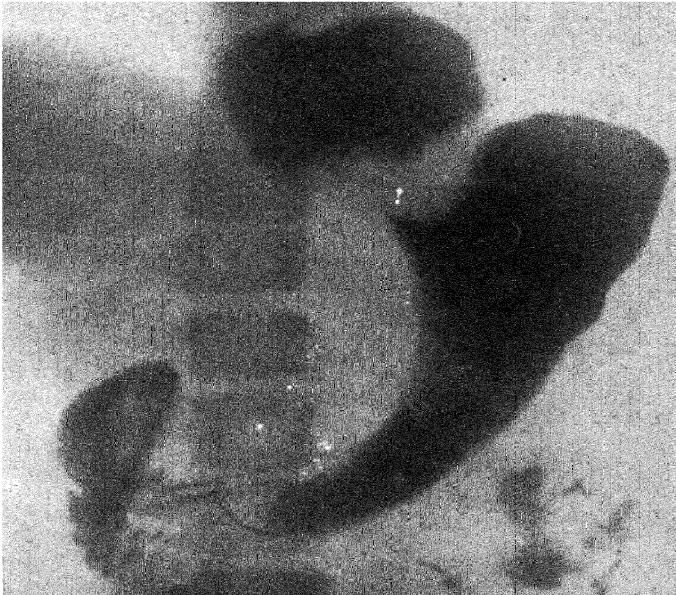
اگر ساتھ ہی مایع انصباب بھی موجود ہو تو وہ تمام حالات میں سینہ کے اسفل ترین حصے میں بذریعہ تجاذب جمع ہو جاتا ہے۔ اگر مریض لیٹا ہوا ہو تو سینہ کا پچھلا حصہ اصم (dull)، اور اگلا حصہ تطبلی (tympanitic) ہو جاتا ہے۔ اب اگر مریض اُٹھ کر بیٹھ جائے تو سینہ کا اسفل حصہ، آگے اور پیچھے اصم ہو جاتا ہے،

اور بالائی حصہ، آگے اور پیچھے، گمک دار ہوتا ہے۔ اگر ھزۂ بقراط (Hippocratic succussion) کا استعمال کیا جائے تو چھلکنے کی آواز (splashing sound) حاصل ہو گی (ملاحظہ ہو صفحہ 126)۔

استرواح الصدر کے **علامات** نہایت تغیر پذیر ہوتے ہیں، اور اُن کا انحصار ماتحت مرض کی مقدار پر ہوتا ہے۔ اگر استرواح الصدر ایک ایسے شُش پر طاری ہو جائے جو وسیع طور پر مَرضی ہے، تو ممکن ہے کہ وہ اس تکلیف میں جو کہ پہلے ہی موجود ہے نہایت خفیف سا اضافہ کرے۔ اگر وہ ایسے شُش میں واقع ہو جو بیشتر یا تمام تر تندرست ہو، تو علامات بہت نمایاں ہوں گے۔ اور بالآخر، اگر سل ریوی کی ایک ایسی اصابت میں، جس میں ایک جانب پر وسیع مرض موجود ہے، دوسری جانب پر استرواح الصدر واقع ہو جائے تو ممکن ہے کہ نتیجہ بہ سرعت مہلک ہو جائے۔ علامات شدید اصابتوں میں یہ ہوتے ہیں:۔ ناگہانی درد، اور اس کے ساتھ یہ احساس کہ گویا اندر کے طرف کوئی چیز ٹوٹ گئی ہے، پھر دقتِ تنفس، کم و بیش ہبوط، نبض صغیر، کبودی اور پسینہ کا آنا۔ سانس تیز ہو جاتی ہے۔ ماؤف جانب پر سینہ پھولا ہوا ہوتا ہے، اور بین الاضلاع فضائیں شہیق پر پست ہو جاتی ہیں۔

ممکن ہے کہ یہ تکالیف بڑھتی رہیں، حتیٰ کہ چند گھنٹوں یا دو تین دنوں میں موت واقع ہو جائے، یا ابتدائی شدید علامات میں تخفیف ہو کر اس کے بعد نسبتہً آرام معلوم ہو، لیکن عموماً ساتھ تیز سانس اور انتصابی تنفس (orthopnœa) موجود رہتا ہے۔

تشخیص۔ گمک دار آواز، اور اس کے ساتھ قلتِ اصواتِ تنفس یا عدم شعبی تنفس، تشخیص کے طرف اشارہ کرتے ہیں، لیکن لاشعاعوں کے بغیر غلطیاں عام طور پر ہوتی ہیں۔ لاشعاعیں شفافیت (جو کہ جوف پلیورائی کے اندر ہوا موجود ہونے کی وجہ سے ہوتی ہے)، پچکا ہوا شُش، اُسی جانب کو نیچے ہٹا ہوا ڈائفرام، اور جگہ سے ہٹا ہوا قلب ظاہر کرتی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۷ پ، صفحہ 174)۔ استرواح الصدر میں سیّال کی موجودگی اُس وقت نہایت ممیز لاشعاعی منظر پیدا کر دیتی ہے جب کہ مریض کا امتحان انتصابی وضع میں کیا جائے، کیونکہ سیّال غیر شفاف ہوتا ہے

صحفہ ۹

الف ۔ آبی استرواح الصدر کہ جس میں سیال کا لیول دکھایا گیا ہے۔

ب ۔ ڈائفرامی فتق اور پورے معدہ کا اوپر کھنچ آنا۔ (یہ شعاع نگاشتیں مسٹر لنڈسے لاک نے لی ہیں)

بالمقابل صفحہ 192

اور اُس کی بالائی سطح ایک اُفقی خط ہوتی ہے، لیکن اُس کے اوپر ہوا کی وجہ سے شفافیت ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صحفہ ۹ الف) مزید برآں جسم کو جھکانے پر بھی سیّال کی سطح بدستور اُفقی رہتی ہے۔ ڈائفرامی فتق (diaphragmatic hernia) یعنے ڈائفرام کے روزن کی راہ سے معدہ یا قولون کا صدر کے اندر نکل جانا اپنے طبیعی امارات میں استرواح الصدر سے قریبی مشابہت رکھتا ہے، اور مماثل طریقہ سے یعنی سینہ کی کوفتگی (contusion) کے باعث پیدا ہو سکتا ہے۔ بائیں شش کے انقباض کی وجہ سے سینہ میں معدہ کی غیر معمولی طور پر بلند وضع قیام ہونا، اور ڈائفرام کے نیچے ایسا خراج ہونا جس میں ہوا ہو (زیرڈایافرامی استرواح الصدر=subphrenic pneumothorax) (صحفہ ۳۲ الف صفحہ 407) ۔ یہ بھی استرواح الصدر سے مشابہت رکھتے ہیں۔

انذار۔ سلّ ریوی میں استرواح الصدر کا خود بخود وقوع فی الجملہ ایک اچھا واقعہ ہے، اور اُس کے بعد مریضوں کی حالت میں اصلاح نظر آئی ہے (ملاحظہ ہو مصنوعی استرواح الصدر= artificial pneumothorax)۔ دوسری صورتوں میں اِنذار مناسب معالجہ کے ساتھ فی الجملہ اچھا ہوتا ہے، اگرچہ اُس کا انحصار ان حالات پر ہوتا ہے جو کہ ساتھ پائے جاتے ہیں۔

علاج۔ یہ بیشتر تخفیفی (palliative) ہوتا ہے۔ فتق کے ساتھ جو شدید درد اور تکلیف ہوتی ہے اُس کے ازالہ کے لئے افیون کا استعمال یا مارفیا ($\frac{1}{6}$ تا $\frac{1}{4}$ گرین) کا تحت الجلدی اِشراب کرنا چاہیئے، اور گرم پولٹیس اور تکمیدات (fomentations) کا بار بار استعمال کرنا چاہیئے۔ مہیّجات جیسے کہ شراب انگوری (wine)، برانڈی، یا ایتھر کی ضرورت بھی لاحق ہو سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ انتہائی انتفاخ کی حالتوں میں بَزل (paracentesis) عمل میں لانا پسندیدہ ہو، جس کے لئے کُھلی رقبہ پر پسلیوں کے درمیان ایک مِبزَل (trocar) اور قنولچہ (cannula) داخل کر کے ہوا کو باہر نکلنے دیا جاتا ہے یہاں تک کہ دباؤ کرۂ ہوائی کے دباؤ کے برابر پہنچ جاتا ہے۔ اِس سے جو آرام حاصل ہوتا ہے وہ عموماً محض عارضی ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ بَزل مکرر کرنا پڑے۔ اس کے متبادل طریقہ یہ ہے کہ ایک مصراعی استرواح الصدر میں

سپرنگل (Sprengel) کا تقطیری پمپ (filter pump) استعمال کرکے ایک مستقل منفی دباؤ قائم رکھا جا سکتا ہے (63)۔ اگر شش کے ساتھ ارتباط کا یہ راستہ مسدود ہو جائے تو ہوا غالباً جذب ہو جائے گی۔ لیکن اس کے جذب میں سہولت پیدا کرنے کی غرض سے اس کی جگہ آکسیجن داخل کی جا سکتی ہے۔ ایک سادہ تر طریقہ یہ ہے کہ ایک خیمہ (tent) میں آکسیجن کی مقدار فی صدی بلند رکھی جائے۔ ایسا کرنے سے نائٹروجن منتشر ہو کر نکل جاتی ہے (diffuses out) اور استرواح الصدر سرعت کے ساتھ غائب ہو جاتا ہے۔ آبی استرواح الصدر (hydro-pneumothorax) میں مصل کو ویسے ہی چھوڑ دیا جا سکتا ہے، یا اگر وہ زیادہ مقداروں میں موجود ہو تو اسے بذریعہ بزل خارج کیا جا سکتا ہے۔ لیکن پھر اس صورت میں بھی اس کے بجائے آکسیجن داخل کر دینی چاہیے۔ اگر ریمی استرواح الصدر (pyopneumothorax) سمّی علامات (یعنے تپش، تیز نبض وغیرہ) پیدا کر رہا ہو تو اس کا علاج ایک تقیح الصدر کے علاج کی طرح جزوی استیصال ضلعی (rib resection) سے اور سیلیت کے قیام (drainage) سے کرنا چاہیے۔ لیکن جب یہ صورت نہ ہو تو اس ستیال کے ساتھ وہی سلوک کرنا چاہیے جو مصل کے لئے کیا جاتا ہے۔

ڈائفرامی فتق

(DIAPHRAGMATIC HERNIA)

اس نادر الوقوع حالت کا تذکرہ یہاں اس لئے کیا جاتا ہے کہ بروز کردہ حشائے شمولات صدر میں لازماً ترمیم پیدا کر دیتا ہے، اور ایسے طبیعی امارات پیدا ہو جاتے ہیں جو استرواح الصدر کے امارات سے قریبی مشابہت رکھ سکتے ہیں۔ ڈائفرامی فتق یہ ہے کہ شمولات شکم میں سے ایک یا زائد، عموماً معدے کا، یا ثرب (omentum) کا، یا قولون کا ایک حصہ ڈائفرام کے ایک روزن کی راہ سے اوپر کو صدر میں چلا جاتا ہے۔ یہ روزن بیشتر تو تضرر کا نتیجہ ہوتا ہے، جیسے کہ سینہ کا یکایک زور کے ساتھ مضغوط ہو جانا، یا یہ ایک پیدائشی نقص ہوتا ہے، یا یہ ایک

قدرتی سوراخ کے بڑا ہو جانے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ یہ ضرر بائیں جانب پر نسبتاً زیادہ کثیر الوقوع ہوتا ہے اور معدہ عام طور پر وہ حشا رہے جو صدر کے اندر چلا جاتا ہے۔ اور اس عمل کے اثنا میں اوپر کو کھنچ جاتا ہے (صحفہ ۹ ب)۔

علامات۔ جب ڈائفرام تضرر سے مشقوق ہو جاتا ہے تو ابتدائی علامات، جیسے کہ درد، بہر اور ہبوط (collapse) کچھ تو راست اثرات کے باعث ہوتے ہیں، اور کچھ مشمولات صدر کے دفعتہً درہم برہم ہونے اور اسی جانب کا شش پچک جانے کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ ذات الجنب اور التہاب باریطون بھی نمودار ہو سکتے ہیں، معہ ان علامات کے جو ان کے ساتھ متلازم ہیں۔ لیکن بہت سی اصابتوں میں چوٹ کا اوّلی اثر رفع ہو جاتا ہے، اور علامات کچھ تو ریوی ہوتے ہیں اور کچھ معدی یا معدی ہوتی۔ ریوی علامت بالخصوص سانس کا پھول جانا ہے، لیکن یہ حیرت انگیز ہے کہ بعض اصابتوں میں سینہ کے طرف بہت کم اختلال محسوس ہوتا ہے۔ شکم کے طرف عموماً سوء ہضم، درد، ریحیت، اور شاید قئے مشاہدہ میں آتی ہے۔ یہ علامات دورے کے ساتھ واقع ہو سکتے ہیں، اور ان کی وجہ یہ ہے کہ اس غیر طبعی مقام پر احشاء کا انتفاخ یا تشنج ہو جاتا ہے۔ ایک تازہ اصابت میں جب کہ معدہ کسی وجہ سے ڈائفرام کے آر پار اوپر کے طرف گھس کر شش کو پچکا رہا تھا دوری وقفوں پر شدید علامات دیکھے گئے۔

طبیعی امارات جو سینہ میں دیکھے جاتے ہیں یہ ہیں:۔ حصۂ زیریں میں جہاں بروز کردہ حشاء واقع ہے، بیش تنک (hyper-resonance)، اور ساتھ ہی اصوات تنفس کا فقدان، غرغر کی آوازیں (gurgling sounds) جو ہزہ (succussion) کرنے پر یا خود بخود سنائی دیتی ہیں، فلزی آواز بازگشت (metallic echo) اور حر و نحاسی (bruit d' arain)۔ اگر حشائی انتقال زیادہ ہے تو قلب اپنی جگہ سے ہٹا ہوا ہو سکتا ہے۔

تہ ہیر ڈائفرامی استرواح الصدر (subphrenic pneumothorax) بھی کسیقدر مماثل طبیعی امارات پیش کر سکتا ہے۔ وہ دائیں جانب پر زیادہ عام ہوتا ہے اور اس سے جگر نیچے کو شکم کے اندر دھکیل دیا جاتا ہے۔ اس کا امکان نہیں کہ

اُس سے پیدا ہونے والی بیش گمک (hyper-resonance) سینہ میں اتنی بلند واقع ہو جتنی کہ دوسری دو صورتوں میں سے کسی میں واقع ہوتی ہے، اور غالباً سرگذشتِ مرض ممد تشخیص ہوگی (ملاحظہ ہو صحفہ ۳۲ الف جو صفحہ 407 کے مقابل ہے)۔

تشخیص۔ ڈائفرامی فتق کی تشخیص کسی یقین کے ساتھ صرف لاشعاعی امتحان سے کی جا سکتی ہے، جو ایک غیر شفاف کھانے (opaque meal) کے بعد کرنا چاہیے (ملاحظہ ہو صحفہ ۵ ب)۔

علاج۔ بعض مریضوں کو ابتدائی تکالیف رفع ہو جانے کے بعد کوئی تشویشناک بے آرامی نہیں محسوس ہوتی۔ جراحی علاج یہ ہے کہ سینہ کو کھول کر اور پسلیوں کے اجزا کا استیصال کر کے حشاء کو شکم کے اندر واپس کر دیں اور ڈائفرام کو سی دیں۔

التہابِ واسط

(MEDIASTINITIS)

التہاب واسط تقیحی ہو سکتا ہے یا غیر تقیحی۔ اول الذکر یعنے واسطی خُراج (mediastinal abscess) متعدد اسباب سے پیدا ہو جاتا ہے، جن میں سب سے زیادہ کثیر الوقوع یہ ہیں :۔ گولی کے تفضرات، وخز (stab) یا ضرب (blow)، اور غدد لمفائیہ کا تدرن۔ لیکن کبھی کبھی واسطی خراج، ذات الریۂ ذات الجنب، سرخبادہ یا تپ محرقہ کے بعد واقع ہو جاتا ہے۔ یہ خراج اگلے یا پچھلے واسط میں ہو سکتا ہے، لیکن زیادہ تر اول الذکر میں ہوتا ہے۔ خاص علامات قصّی درد (sternal pain) اور تپ ہیں۔ طبیعی امارات صرف اُسی وقت ظاہر ہوں گے جب کہ خراج کافی جسامت کو پہنچ جائے۔ ایسی حالت میں اصمیت (dulness)، مقامی الیمیت، عظم قص پر اُذیما، اور بالآخر اُس ہڈی کے کنارے پر تموج (fluctuation) موجود ہو سکتا ہے۔ حتی الامکان پیپ کو جلد خارج کر دینا چاہیئے، اور اگر ضرورت ہو تو

عظم القص کو ترفان سے کاٹ دینا (trephining) یا اس کا جزوی استیصال (resection) کردینا چاہئے۔

ضربیت (traumatism) اور عمومی امراض ساریہ سے انضمامی (adhesive) یا غیر تقیحی التہاب واسط پیدا ہو سکتا ہے لیکن اس کے عام ترین متلازمات (associations) ذات الجنب اور رثیتی التہاب تامور (rheumatic pericarditis) ہیں۔ بالخصوص آخر الذکر جو ایسی صورت میں لیفی التہاب واسط (mediastinitis fibrosa) پیدا کر دیتے ہیں۔ اس کا ذکر انضمامی تامور (adherent pericardium) کے عنوان کے تحت کیا گیا ہے۔

حوالہ جات

REFERENCES

1 M Brown and C G. Imrie — 1932 *Quart. Journ Med.*, N. S. 1, p. 319

2 Ff Roberts — 1922 *Journ Physiol*, 56, p 101

3 Sir W. Hale-White — 1924 *Lancet*, i., p. 263.

7 Campbell, Hunt and Poulton — 1923 *Journ. Path. & Bact.*, 26, p. 234.

8 P. H.-S Hartley & I. J. Davies — 1923 *Brit. Med. Journ.*, i, p. 1052

9 J. F Gaskell — 1927 *Lancet*, ii, p 951

10 C. McNeil & A R. MacGregor — 1927 *Brit. Med Journ.*, ii, p 582.

11 C. Wall & J. C. Hoyle — 1933 *Brit. Med. Journ.* i., p 597

12 W Burton Wood — 1930 *Lancet,* i, p. 1339.

13 S. Van Leeuwen — 1922 *Neurotherapie, No.* 6

14 H. W Barber & G H. Oriel — 1928 *Lancet,* ii., pp 1009, 1064

15 S. Van Leeuwen — 1924 *Klin. Woch ,* 3, p. 520

16 A Francis — 1917 *Parctitioner,* August

17 S. Van Leeuwen — 1923 *Klin Woch.,* 2, *No.* 27

18 J. Freeman — 1920 *Lancet,* ii , p. 229.

19 S Van Leeuwen & Varekamp — 1921 *Lancet,* ii., p 1366

20 A. G. Auld — 1921 *Lancet,* i , p. 698.

21 S. Gilbert Scott — 1926 *Brit. Med. Journ ,* i , p 939

22 S Van Leeuwen — 1927 *Brit Med Journ ,* ii , p 344

23 McCrae (Lumleian Lectures on Foreign Bodies in the Bronchi) — 1924 *Lancet,* i , pp 735, 787, 838.

24 Review on Respiratory Diseases — 1920 *Med. Sci ,* i , p 462

25 A Abrahams — 1920 *Lancet,* ii , p 543

26 Zadek — 1921 *Med Sci.,* 5, p 103

27 Review on Pneumonia — 1921 *Med Sci ,* 5, p 110

28 W Smith — 1924 *Lancet,* i., p. 257.

29 S. L. Cummins — 1924 *Brit. Med Journ ,* i , p 186

30 B. Alcock, M. Douglas, & H. C. Lucey — 1925 *Lancet,* i., p. 1332

31 Sir C Allbut & Varrier-Jones — 1922 *Lancet,* i., p. 105

32 B. Hudson and Leonard Hill 1924 *Lancet,* i., p. 1147.

33 Weill & Dufont 1922 *Journ. de radiol. et d'electrol.* 6, p. 1.

34 W. C. Bosanquet 1928 *Lancet,* i., p. 24.

35 R C Wingfield 1924 *Lancet* ii, p 354

36 Gravesen 1923 *Brit Med Journ.,* ii., p. 506.

37 H Morriston Davies 1926 *Brit. Med. Journ.* i., p. 315

38 C Lillingston 1923 *Lancet,* i, p. 96

39 W. A Lister 1927 *Lancet,* i., p. 112.

40 H. C Cameron & A. A. Osman 1923 *Lancet,* i., p. 1097

41 F J Poynton & Reynolds 1921 *Lancet,* ii, p. 1100.

42 W. S Miller 1923 *Journ. Exp. Med.,* 38, p. 707.

43 W. S Miller 1913 *Journ Morphol.,* 24, p. 459.

44 S C Simpson 1929 *Quart. Journ. Med.,* 22, p. 413.

45 G. H. Oriel 1929 *Guy's Hosp. Reps.,* 79, p. 376.

46 G. H. Oriel 1929 *Personal Communication.*

47 R. S. Bruce Pearson 1933 *Guy's Hosp. Reps.* 83, p. 86.

48 F. A. Knott & J. W. Thornton 1933 *Guy's Hosp. Reps.* 83, p. 63.

49	Argyll Campbell & E P. Poulton	1935	"Oxygen and Carbon Dioxide Therapy." *Oxford Med Pub* 1935
50	W E Gye & E H Kettle	1922	*Lancet,* ii., p. 855.
51	S L Cummins & A F Sladden	1934	*Brit. Med Journ.* i, p. 554.
52	L G Irvine	1932	*Brit Med. Journ.,* i., p. 693.
53	P d'Arcy Hart	1932	*Med Res. Counc Spec Rep. Ser* 164.
54	P d'Arcy Hart	1932	*Quart Journ. Med,* N.S, i., p. 49.
55	A Loewy	1934	*Arch Med. Hydrol,* p 261
56	G Maurer	1930	*Lancet,* ii., p. 72
57	F G Chandler	1930	*Lancet,* ii, p. 74.
58	A J S Pinchin & H V Morlock	1933	*Lancet,* i, p 1114.
59	H C Cameron	1932	*Guy's Hosp. Reps* 82, p 290
60	A Tudor Edwards	1932	*Brit Med Journ,* i., p 827
61	W Brockbank	1932	*Quart Journ Med,* N S, i, p. 31
62	Ff Roberts	1933	*Brit. Med Journ,* i, p 142
63	E. R Boland	1934	*Lancet,* i, p. 231.
64	Chevalier Jackson	1930	*Proc Roy. Soc Med,* 24, p. 1.
65	R. V. Christie	1936	*Oral Communication*

ناک گلے اور کان کے امراض

(طبّی نقطۂ نظر سے)

ناک

زکام

(coryza)

یہ مرض، جو عام طور پر "زکام" ("cold in the head") کے نام سے مشہور ہے، ناک کی مخاطی جھلّی کا نازلتی التہاب (catarrhal inflammation) ہے (حاد التہاب الانف)، جو اکثر بلعوم (pharynx) کو (نازلتی خراش حلق = catarrhal sore throat)، نیز ملتحماتِ چشم (conjunctivæ)، جبہی اور دیگر اجواف، اور یوسٹیکی انبوبات (Eustachian tubes) کو ماؤف کر دیتا ہے، اور ممکن ہے کہ حنجرہ (larynx)، قصبۃ الریہ (trachea) اور شعبات (bronchi) میں پھیل جائے۔ اولی طور پر یہ ایک سرایت ہے جو کہ اس ریقی رشاش (spray of saliva) کا استنشاق کرنے سے پھیلتی ہے جو کہ ایک سرایت زدہ شخص کے کھانسنے، چھینکنے، یا بولنے کی اثنا میں باہر نکلتا ہے۔ بعض اوقات ممکن ہے کہ ایک سابقہ حملہ سے حاصل شدہ امنیّت (immunity) کے زمانہ کے اختتام کے بعد مریض خود کو مکرر سرایت پہنچا دیں۔ معمولی زکام (common cold) کا سبب ایک دقیق "مقطار گذار نبقہ نما ("filter-passing" coccoid) جسم ہے، جس کا قطر ۰ء۲ تا ۰ء۳ مائکرون (micron) ہوتا ہے، اور جو منفرداً یا جوڑوں اور گروہوں میں مرتب ہوتا ہے، اور التہاب رماد النخاع (poliomyelitis) کے قِشب (virus) سے مشابہ ہوتا ہے (۱)۔ اگر طبعی ناک اور گلے کا جرثومیاتی امتحان کیا جائے تو

بظاہر زندہ جراثیم کے منطقے پائے جاتے ہیں۔ نبقہ عنبیہ ابیض (Staphylococcus albus) اگلے منخروں میں موجود ہوتا ہے۔ عصیہ عفونی (Bacillus septus) جو کہ ایک ڈفتھیریا نما (diphtheroid) ہے، ناک کی پشت میں نشوونما پاتا ہے۔ خرد نبقۂ نازلتی انفی بلعوم میں (Micrococcus catarrhalis) اور نبقہ سبحیہ لخضر (Streptococcus viridans) لوزتین میں غالب نظر آتا ہے۔ جب زکام شروع ہوتا ہے تو نبقہ سبحیہ لخضر عام طور پر سب سے پہلا عضویہ ہوتا ہے جو کہ شدومد کے ساتھ نشوونما پاتا ہے، بالخصوص اسکی زیادہ خون پاش نسلیں، اور زیادہ طبعی باشندوں کی بہ نسبت یہ زیادہ نشوونما پانے کا رجحان رکھتا ہے۔ کچھ دیر بعد کی کاشت ایک یا زیادہ ثانوی حملہ آوروں کی فعالیت ظاہر کرتی ہے، مثلاً عصیۂ فریڈلینڈر (Freidlander's bacillus) نبقۂ ریویہ قسم چہارم، اور نبقہ عنبیہ ذہبیہ (Staphylococcus aureus) کی، اور ان میں سے کوئی بھی جوفوں میں مقامی طور پر پایا جاسکتا ہے بشرطیکہ ان میں مقامی تقیح موجود ہو۔ اسی طرح وبا کے لحاظ سے ایک قسم کا عضویہ غالب نظر آتا ہے، اور بعض وباؤں میں فیفر کے عصیہ انفلوئنزی (Pfeiffer's Bacillus influenzæ) کے سوا باقی سب عصیے غائب ہوتے ہیں۔ سب سے بڑا مُعد سبب انفی غشاء مخاطی کا ورم اور امتلاء ہے۔ عموماً یہ ایک تر کرۂ ہوائی سے جس کے ساتھ ہی تغیر پذیر لیکن فی الجملہ سرد درجۂ تپش ہو، پیدا ہو جاتا ہے۔ اسی آخر الذکر واقعہ کی وجہ سے "سردی لگ جانے" (catching cold) کا محاورہ پیدا ہو گیا ہے۔ وبائیں بھی ایسے ہی حالات کے تحت واقع ہوتی ہیں۔ علاوہ ازیں ممکن ہے کہ دروں خانہ حالات اس کا سبب ہو جائیں۔ لوگ اکثر ایسے گرم اور حبس دار (stuffy) کمروں میں بیٹھتے ہیں جہاں کی ہوا رکی ہوئی ہوتی ہے، لیکن ہوا کے جھونکوں (draughts) سے جن کا فرش ٹھنڈا ہو جاتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ سر گرم اور پاؤں ٹھنڈے ہو جاتے ہیں۔ فعلیاتی نقطۂ نظر سے سر کو اور انفی غشائے مخاطی کو ٹھنڈا اور متحرک ہوا میں ہونا چاہیئے اور پاؤں کو گرم ہونا چاہیئے (L. Hill)۔

علامات ۔ ممکن ہے کہ سب سے پہلے علامات میں سے ایک یہ علامت ہو کہ چھینکوں کا حملہ ہو یا حلق میں کچے پن یا خراش کا احساس اور نگلنے میں درد ہو۔ لیکن ممکن ہے کہ ان سے پہلے ناسازی کا احساس ہو اور ساتھ ہی سردی معلوم ہو اور دردِ سر اور عدم اشتہا موجود ہو۔ چھینکوں کے بعد جلد ہی ناک سے ایک صاف مخاط کا اخراج ہونے لگتا ہے، اور

غشائے مخاطی کے ورم کی موجودگی سے اور حسِ شامہ کے زائل ہو جانے کی وجہ سے ناک میں بند ہونے کا (stuffiness) احساس ہوتا ہے۔ نرم تالو، لہاۃ (uvula)، بلعوم اور لوزتین بہ نسبت اسکے کہ جتنے قدرتی حالت میں ہوتے ہیں، زیادہ سرخ ہو جاتے ہیں۔ زیادہ شدید اصابتوں (تقرّحی حراشِ حلق = ulcerated sore throat) میں لوزتین، تالو اور بلعوم پر سطحی خراشیدگیاں (abrasions) ہو جاتی ہیں، زبان فردار (furred) ہوتی ہے، اور نمایاں بنیٔی اختلال (constitutional disturbance) ہوتا ہے۔ ساتھ ہی آنکھیں سرخ اور مبتل (suffused) ہوتی ہیں اور اُن سے پانی آزادانہ طور پر بہتا ہے، جبھی جوف (frontal sinus) کی ماؤفیت کے باعث ابرو پر درد ہوتا ہے، اور یوسٹیکی انبوبہ کے بند ہو جانے سے بہراپن ہو سکتا ہے۔ اسکے ساتھ ہی کسی قدر حموی تعامل (febrile reaction) بھی موجود ہوتا ہے۔ اگر یہ نازلت (catarrh) حنجرہ تک پہنچ جائے، تو آواز بیٹھ جاتی ہے اور متواتر خراش آور کھانسی (irritating cough) ہوتی ہے۔ اگر نازلت اور آگے پھیپھڑوں تک پہنچ جائے تو ایسے علامات پیدا ہو جائیں گے جو کہ دوسری جگہ شعبی التہاب (bronchitis) کے تحت بیان کئے گئے ہیں۔ اکثر دو ایک روز کے بعد اس حاد درجہ میں تخفیف ہو جاتی ہے اور کلّی صحت ہو جاتی ہے۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ نزلہ کا بہنا جاری رہے، اور وہ مخاط کے ساتھ پیپ کی موجودگی کے باعث گاڑھا اور زیادہ غیر شفاف ہو جائے۔ اس طرح وہ دو تین دن سے لیکر دو یا تین ہفتوں کے تغیر پذیر عرصہ تک جاری رہ سکتا ہے۔ اس عرصہ کے دوران میں اس امر کا امکان ہے کہ مریض پر التہاب کے تازہ اشتدادات (exacerbations) طاری ہو جائیں۔

زکام (coryza) کی مثالی تصویر ایسی ہوتی ہے۔ لیکن دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ سرایت حاد التہاب حنجرہ (acute laryngitis) یا شعبی التہاب (bronchitis) کی طرح شروع ہو کر بالآخر اوپر کے طرف پھیل کر حلق اور ناک میں پہنچ جائے۔ سریریاتی نقشہ مختلف اشخاص میں مختلف ہوتا ہے۔ لیکن فرد واحد میں سرایت کا قمر خاصہ یکساں ہونے کا رجحان رکھتا ہے۔ مثلاً اگر ایک شخص میں زکام ہمیشہ التہاب بلعوم (pharyngitis) کی شکل میں شروع ہوتا ہے، تو دوسرے کسی شخص میں بطور التہاب حنجرہ (laryngitis) کے ہوتا ہے اور تیسرے میں شعبی التہاب (bronchitis) کی طرح، اور علیٰ ہذا القیاس۔ اس طرح لوگوں میں

196

ایسی مکرر سرسرا بتوں میں مبتلا ہونے کا جو کہ بیشتر تنفسی خطہ کے ایک مخصوص حصے کو ماؤف کرتی ہیں انتہائی رجحان ہوتا ہے۔ ان لوگوں میں کہ جن کے لوزتین نکالدئیے گئے ہوں، زکام ایک التہاب بلعوم یا التہاب حنجرہ کے طور پر شروع ہونے کا زیادہ رجحان رکھتا ہے۔ کچھ عرصے کے بعد ممکن ہے کہ صحت یابی میں زیادہ اور زیادہ تاخیر ہوکر ایک مزمن سرایت پیدا ہو جائے، جو بلحاظ اس امر کے کہ پہلے کونسا حصہ ماؤف ہوا ہے، مزمن انفی نازلت (chronic nasal catarrh)، مزمن نازلتی التہاب حنجرہ (chronic catarrhal laryngitis)، مزمن شعبی التہاب (chronic bronchitis) وغیرہ کی صورت اختیار کر سکتی ہے۔

یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ حاد التہاب الانف بعض ساری امراض مثلاً انفلوئنزا، کھسرا، ڈفتھیریا، خلقی آتشک (congenital syphilis)، سراجہ (glanders)، وغیرہ میں ایک نوعی ضرر (specific lesion) کی حیثیت سے واقع ہوتا ہے۔

تحرّیز (prevention): اہم تدابیر یہ ہیں کہ طرز زندگی صحی ہو، جس کے ساتھ وافر بیرون خانہ ورزش کی جائے، اور قوی اشخاص روزانہ سرد غسل کریں۔ نیز حبس والے (stuffy) کمروں سے، اور خاصکر سرایت زدہ اشخاص سے احتراز رکھا جائے۔ ذاتی تجربہ سے ثابت ہوا ہے کہ مزمن انفی نازلت (chronic nasal catarrh) کے لئے ڈبلیو گلیگ (W. Glegg) کا تجویز کردہ علاج بہترین منفعت رکھتا ہے۔ اس وقت جبکہ مریض چیت لیٹا ہوا ہو ایک یا دو ٹی سپون فل (teaspoonful) پیرافینم مولی (paraffinum molle) اور پیرافینم لکویڈم (paraffinum liquidum) کا آمیزہ (ایک حصہ میں ۲ یا ۴ حصے) ایک نالچہ کے ذریعہ کہ جس کے ساتھ ربڑ کا گیند لگا ہوا ہو، باری باری سے مریض کے ہر نتھنے میں ڈالا جاتا ہے۔ جب یہ آمیزہ حلق میں محسوس ہو تو نگلا جا سکتا ہے، یا اگر یہ آنتوں میں ملیّن اثر پیدا کرتا ہو تو اسے لغث کے ذریعہ تھوکا جا سکتا ہے۔ یہ علاج دن میں ایک یا دو بار عمل میں لانا چاہیئے یا اگر زکام کا خدشہ ہو رہا ہو تو زیادہ بار۔ یہ آمیزہ ایک پچکنی (collapsable) نلی میں بھی حاصل کیا جا سکتا ہے اور اس میں ½ گرین منتھال (menthol) ملایا جا سکتا ہے، یا اس کو روزیٹال (rosettol) کے ذریعہ خوشبودار بنایا جا سکتا ہے۔

بہت سی اصابتوں میں انفی یا شعبی نازلت اُن جدریات (vaccines) کے ذریعہ تنفسی راستوں میں وباؤں میں موجود رہنے والے عصیّوں (bacilli) اور نبقوں (cocci) سے

تیار کیئے ہوئے ہوں، روکی جاسکتی ہے۔ خودزاد جدریات (autogenous vaccines) جو خود مریض کے بساق (sputum) میں کے عضویات کی کاشتوں سے، یا اسکی ناک اور حلق کی پشت سے لی ہوئی عقیم پھریریوں (sterile swabs) کے ذریعہ سے تیار کیئے ہوتے ہیں، اشراب کیئے جاسکتے ہیں یا مخزونی جدریات (stock vaccines) میں لائے جاسکتے ہیں۔ جدریات کے تیار کرنے میں یہ یاد رکھنا اہم ہے کہ مادہ حاصل کرنے کے بعد اسکی کاشت اور حضانت فی الفور عمل میں لانی چاہئیے۔ بادی النظر میں یہ امر تعجب خیز معلوم ہوتا ہے کہ جب سرایت ایک منفطار گذار عضویہ کے باعث ہوتی ہے، تو جراثیم سے تیار کیئے ہوئے جدریات کیوں مفید ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ تنبیہی عضویہ کے فعل کرنے کا یہی طریقہ ہو کہ ثانوی حملہ آور اس کے ساتھ ہم باش (symbiotic) ہوجائیں، جیسا کہ خنزیری انفلوئنزا (hog influenza) میں ہوتا ہے۔ ایسی صورت میں ثانوی حملہ آوروں کا ضد عمل کرنا کافی ہے۔

علاج۔ ذاتی تجربہ سے ظاہر ہوا ہے کہ کلینک کا علاج انفی زکام (nasal coryza) کو دبا سکتا ہے، اور آخری درجوں میں جبکہ افراز مخاطی ریمی ہوجاتا ہے اور مواد باربار خارج ہوتا ہے، بسا اوقات اسکے ذریعہ بہت فائدہ ہوجاتا ہے۔ لیکن اس سرایت پر جو کہ حنجرہ یا قصبہ تک پھیل چکی ہو اسکا کچھ اثر نہ ہوگا۔ اگر کھانسی تکلیف دہ ہو تو نبیذ عرق الذہب (ipecacuanha wine) کے چند قطرے، اسپرٹس آف نائٹرس ایتھر (spirits of nitrous ether) کے ساتھ، یا مرکب صبغیہ کافور (compound tincture of camphor) کے ساتھ دینے سے آرام معلوم ہوگا۔ یا ایک مناسب شمامہ (inhaler) کے اندر ابلتے ہوئے پانی میں یوکالپٹس آئل (eucalyptus oil) کے پانچ یا چھ قطرے رکھکر اس کی بھاپ کا استنشاق کیا جائے۔

197

مزمن التہاب الانف

(chronic rhinitis)

یہ دو شکلوں میں دیکھا جاتا ہے۔ ایک میں، جو مزمن بیش پرورشی التہاب الانف (chronic hypertrophic rhinitis) کے نام سے موسوم ہے، ناک کی اور زیریں مفتول زائدوں (lower turbinated processes) کی غشاء مخاطی بہت دبیز ہوجاتی ہے، اور ممکن ہے کہ یہ دبازت بلعوم میں پہنچ جائے اور تحتانی مفتول اجسام کے

تین پچھلے سروں کو ماؤف کردے۔ یہ کم از کم بیشتر اصابتوں میں بجائے ایک التہابی ورم ہونے کے عروق حرکی (vasomotor) ورم ہوتا ہے۔ یہ جوفی مرض (sinus disease) سے پیدا ہو سکتا ہے۔ تنفس میں بہت رکاوٹ ہوتی ہے اور وہ بالخصوص دہن کے راستہ سے واقع ہوتا ہے۔ اور شامہ کی حس کم ہوجاتی ہے۔

مزمن ذبولی التہاب الانف (chronic atrophic rhinitis) جس میں مخاطی جھلی مذبول ہوجاتی ہے، اس بدبودار قیحی اخراج کے اسباب میں سے ایک سبب ہے جسے اوزینا (ozœna) کہتے ہیں۔ اس میں مخاطی جھلی پتلی ہوجاتی ہے اور اس کی سطح پر پپڑیاں (crusts) جمع ہوجاتی ہیں۔ شامہ کی حس زائل ہوجاتی ہے۔

حساسیتی التہاب الانف (allergic rhinitis)۔ یہ وہ حالت ہے کہ جس میں ناک میں سے ایک پانی کا سا مواد خارج ہوتا ہے، جو کہ بعض اوقات بہت وافر ہوتا ہے اور جس کے ساتھ مریض کو دورے کے ساتھ چھینکیں آنے لگتی ہیں، بالخصوص بیدار ہونے پر۔ غشاء مخاطی شاحب اور اسفنجی ہوتی ہے۔ کیلشیم لیکٹیٹ (calcium lactate) گرین ۱۵، دن میں دو مرتبہ کھانے سے پہلے دینا بہت سی اصابتوں میں موثر علاج ہے۔

علاج۔ بیش پرورشی قسم (hypertrophic form) کے لئے دافع عفونت محلولات کے رشاشات (douches) یا نطولات (sprays) استعمال کرنے چاہئیں، جن میں کاربولک ایسڈ، بورک ایسڈ، بوریکس (borax) شامل ہوں۔ اور اگر بہت دبازت موجود ہو تو وہ گیلوانی مکواۃ (galvano-cautery) کے استعمال سے کم کی جاسکتی ہے۔ حاد التہاب الانف کے تحت بیان کیا ہوا گلیگ (Glegg) کا علاج بھی مفید ہو سکتا ہے۔ مریض کے صحی ماحول (hygienic surroundings) پر بھی توجہ کرنا ضروری ہے۔ ذبولی قسم (atrophic form) کا علاج بھی نہایت مماثل لیکن نسبتۃً کم امید افزا ہوتا ہے۔ پپڑیوں کو نکالکر دافعات عفونت بلا واسطہ یا نطول (douche) یا مرشّہ (spray) کے ذریعہ سے لگانے چاہئیں۔ مقویات (tonics)، جیسے لوہا، سنکھیا، یا کاڈ مچھلی کا تیل ممد ہوتے ہیں۔

التہاب الاجواف

(sinusitis)

ناک کے اندر نزد انفی اجواف (paranasal sinuses) کھلتے ہیں۔ فکی مغارات (maxillary antra)، جبہی اجواف، اور مصفاتی خلیات کا اگلا گروہ، اگلے اجواف میں شامل ہیں۔ پچھلے مصفاتی خلیات اور وتدی جوف پچھلے گروہ میں شامل ہیں۔

یہ اجواف، حاد انفی سرایتوں مثلاً زکام سے متاثر ہو سکتے ہیں، اور ان کے فتحات، غشاء مخاطی کے متورم ہو جانے سے مکمل طور پر یا جزوی طور پر مسدود ہو سکتے ہیں۔ اس سے جو احتباس پیدا ہوتا ہے وہ درد کا موجب ہوتا ہے، جو کہ متاثرہ جوف کے لحاظ سے مختلف مقامات پر پایا جاتا ہے۔ بسا اوقات درد کے ساتھ تپش کا معتدبہ ارتفاع ۱۰۲ ف تک ہو جاتا ہے۔

حاد التہاب الاجواف کا علاج مخصوص نصابی کتب میں پایا جائیگا، لیکن عام طور پر اسکی نوعیت یہ ہوتی ہے کہ غشاء مخاطی میں سکیڑ (shrinkage) پیدا کرنے کے لئے اس پر کوکین (cocaine) اور ایڈرینالین لگائی جاتی ہے۔

مزمن التہاب الاجواف۔ نزد انفی اجواف کی مزمن سرایتوں کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ناک میں سے مواد خارج ہونے لگتا ہے، یا زیادہ کثرت کے ساتھ مواد پیچھے کی طرف چلا جاتا اور ایک پس انفی (post-nasal) مواد خارج ہونے لگتا ہے۔

جوفوں میں ریم کی موجودگی اتنے مقامی علامات نہیں بلکہ سمی علامات پیدا کر دیتی ہے۔ پس انفی مواد کو ممکن ہے نگل لیا جائے اور اس طرح یہ سوء ہضم کا سبب ہو۔ یا ممکن ہے یہ تنفسی خطہ کو سرایت زدہ کر دے اور اس طرح التہاب شعبی بلکہ تمدد الشعب کے متوالی حملے واقع ہوں۔ مزید براں، یہ مواد بلعوم کی لمف آسا بافت کو سرایت زدہ کر دیتا اور اس طرح گلے کی خراش کا باعث ہوتا ہے۔ ایسی صورت میں غلطی سے لوزتین کو قصور وار سمجھ لیا جاتا ہے۔

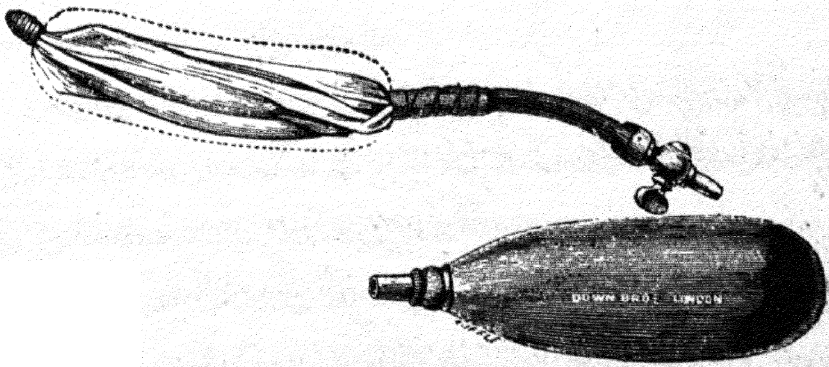
تشخیص ناک اور انفی بلعوم کا ریم یا مخاطی ریم کے لئے امتحان کر کے کیجاتی ہے۔ یا جمجمہ کا لاشعاعی امتحان کر کے کی جاتی ہے جبکہ متاثرہ جوف میں عتمیت نظر آتی ہے۔

علاج۔ قلوی انفی لطولات کے ذریعہ علاج کرنے سے افاقہ تو ہو جاتا ہے لیکن زیادہ کثرت سے جوف کی میلیت کی ضرورت ہوتی ہے۔ اس کے تفصیلات کے لئے مخصوص نصابی کتب ملاحظہ کرنی چاہئیں۔

رُعاف (نکسیر)

(epistaxis)

رعاف یا ناک سے خون بہنے کا انحصار مقامی یا عمومی حالات پر ہو سکتا ہے۔ اول الذکر میں سے یہ ہیں:۔ ناک پر چوٹ لگنا، ناک کو نوچتے رہنا، ناک سنکنا۔ زیادہ کثرت سے ادماء خود بخود شروع ہو جاتا ہے۔ تقریباً ہمیشہ یہ انفی فاصل کے اگلے حصہ سے یا ناک کے فرش سے آتے ہوئے پایا جاتا ہے۔ دیگر مقامی اسباب یہ ہیں، ناک میں ڈفتھیریا، خبیث یا لیدیا اور متعدد صغیر عروقی اتساعات (telangiectasis)۔ درمیانی عمر میں وہ نسبتہً کم عام ہوتا ہے لیکن

شکل ۱۰۔ اکوپر روز کی تھیلی۔

پھر زیادہ عمر والے اشخاص میں جن کے عروق میں انحطاط شروع ہو گیا ہو، کثیر الوقوع ہوتا ہے۔ چنانچہ وہ ایتھیروما (atheroma) سے تعلق رکھتا ہے۔ نیز خون کے دباؤ کی زیادتی (high blood pressure)، برائٹ (Bright) کے مرض جگر کی کہبت (cirrhosis)، قلبی مصراعی مرض (cardiac valvular disease) امراض خون [جیسے کہ مختلف قسموں کی عدم دمویت

اور سفید دموییتیں)' پرپیُورا (purpura) اسکروی (scury)] اور بعض ساری امراض (جیسے کہ تپ محرقہ اور حمیات ناکسہ) اور کبھی کبھی انفلوئنزا کے تعلق میں وہ ہر عمر میں ہو سکتا ہے۔

ممکن ہے خون پیچھے کو چلا جائے اور پچھلے منخروں (posterior nares) سے بہنے لگے ' ایسی صورت میں وہ حلقوم (fauces) کی راہ سے ٹپک ٹپک کر معدہ کے اندر پہنچ سکتا اور بالآخر قئے ہو کر یا براہِ مستقیم (per rectum) خارج ہو سکتا ہے ' یا ممکن ہے کہ وہ کھانسی پیدا کر کے نفث الدّم (hæmoptysis) کا شبہ پیدا کر دے ۔ بلند فشار دموی (high blood pressure) کے مریضوں میں بعض اوقات معتدل رعاف ہونے سے وہ درد سر رفع ہو جاتا ہے جو پہلے سے موجود ہوتا ہے۔

ناک کے معائنہ سے دمی نقطہ دریافت ہو جاتا ہے ' اور ایڈرینیالین گاز (adrenaline gauze) کے ذریعہ اصمام کر کے مقامی الساق کیا جا سکتا ہے یا کیّ (cauterise) کیا جا سکتا ہے ۔ اگر اس میں کامیابی نہ ہو تو کوپر روز (Cowper Rose) کی تھیلی استعمال کی جا سکتی ہے ۔ موخر منخروں کا اصمام کرنے کی بہت کم ضرورت پڑتی ہے۔

حلق

التہاب اللوزہ

(tonsillitis)

لوزتین لمف آسا بافت کے تودے ہیں جو ہر جانب پر حلقوم کے اگلے اور پچھلے ستونوں کے درمیان واقع ہیں ' اور انھیں لمف آسا بافت کے دوسرے تودوں سے تمیز کرنے کے لئے حلقومی لوزتین (faucial tonsils) کہتے ہیں ۔ ان دوسرے تودوں میں سے بعض قاعدۂ زبان میں واقع ہیں ' جن کا نام لسانی لوزتین (lingual tonsils) ہے ' اور بعض انفی بلعوم میں ' جنھیں بلعومی لوزہ (pharyngeal tonsil) یا لوزۂ لشکا (Luschka's tonsil) کہتے ہیں ۔ حلقومی لوزتین میں لمف آسا بافت ' خلیوں اور جال کی مخصوص ترتیبوں پر شامل ہوتی ہے ' جنھیں جرابات (follicles) کا نام دیا گیا ہے ' اور

گہرے انشقاقات (fissures) بھی موجود ہوتے ہیں جن کو طاقیے (crypts) کہتے ہیں۔ یہ سطح پر واہوتے ہیں اور عمقاً نیچے کیسہ تک پہنچتے ہیں جو بلعوم کے عضلی جرم کے ساتھ متماس ہوتا ہے۔ اِن طاقوں میں تندرستی کی حالت میں بھی جراثیم کے متعدد انواع مل سکتے ہیں، یعنے نبقات سبحیہ، نبقات عنبیہ، نبقات ریُویہ، خُن دنبقہ فانڈلت، عصیہ فریڈلانڈر، وغیرہ۔ لوزتین، دہن کے راستہ سے جو سرایت واقع ہوسکتی ہے اس کی روک تھام کے لئے ایک حفاظتی فعل انجام دیتے ہیں، لیکن جب وہ ایک مرتبہ سرایت زدہ ہوجاتے ہیں، تو سرایت عنقی لمفائی غددمیں منتقل ہوسکتی ہے، جن میں سے ایک وہ ہے جو جبڑے کے زاویہ کے قریب قصی حلمی عضلہ کی اگلی کور کے نیچے واقع ہے، مشترک سباتی شریان کی دوشاخگی پر پڑا ہوا ہے، اور غدۂ لوزی (tonsillar gland) کی حیثیت سے تمیز کیا جاتا ہے۔

التہاب لوزتین کا بیان پہلے بعض ساری امراض، یعنے ڈفتھیریا، قرمزیہ (scarlatina)، آتشک، اور حاد رثیت (acute rheumatism) کے تعلق میں کیا گیا ہے۔

199 جرابی التہاب اللوزہ (follicular tonsillitis)۔ اِن سرایتوں کے علاوہ جو کہ ابھی بیان کی گئی ہیں، لوزتین کے لمف آسا اور جرابی جرم کا التہاب بظاہر خودرَو طور پر ہوتا ہے اور بعض اشخاص میں مہینوں یا برسوں کے وقفوں سے مکرر ہوا کرتا ہے۔

یہ غالباً سرایت کے باعث ہوتا ہے، یا اُن عضویوں کی قیتبیت کے ازدیاد کے باعث ہوتا ہے جو طاقوں میں مخفی پڑے رہتے ہیں، لیکن ساتھ ہی یہ وجہ بھی ہوتی ہے کہ مبتلا شدہ شخص کی یا اسکی بافتوں کی قوتِ مدافعت ضعیف ہوجاتی ہے۔

علامات۔ لوزہ سرخ اور متورم ہوجاتا اور کئی زرد یا سپید نمایاں دھبے یا داغ پیش کرتا ہے، جو ریمی ارتشاح (exudate)، تسلخ شدہ (exfoliated) سرحلمہ، کثیر الاشکال نواتی سپید خلیوں، لمف خلیوں اور جراثیم کے تودے ہوتے ہیں، اور طاقوں کے دہنوں پر واقع ہوتے ہیں۔ اور لوزہ کی سطح کم و بیش مخاط سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے۔ جبڑے کے زاویہ کے پیچھے یہ ورم باہر سے محسوس کیا جاسکتا ہے۔ زیادہ شدید قسموں میں طاقوں کا افراز زیادہ وافر ہوتا ہے، اور وہ بڑے جکدار، سپید صمامات (plugs) سے مسدود ہوتے ہیں، جو ڈفتھیریا کے سپید مادے سے قریبی مشابہت پیش کرسکتے ہیں۔ "جرابات"

باہم پیوستہ ہو کر ایک ایسی جھلی بنا سکتے ہیں جو کہ ڈفتھیریا کی غشاء سے قریبی مشابہت رکھتی ہے۔ اکثر اوقات ہر دو لوزتین ماؤف ہوتے ہیں۔ معتدل بنیئی اختلال، فردار زبان، کسلمندی کا احساس، مقامی بے آرامی، نگلنے میں درد ہونے کے علامات موجود ہوتے ہیں۔ اکثر نبض بہت بڑھ جاتی ہے۔ اور عام طور پر لوزی عنقی غدد بڑے ہو جاتے ہیں۔

مرضی تشریح۔ لوزتین کی سنخی بافت (parenchyma) کے خلیات اور جرابات کے خلیات تعداد میں زیادہ ہو جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ جرابات میں نہایت چھوٹے چھوٹے پھوڑے بنکر طاقوں کے اندر پھوٹ پڑیں۔

تشخیص۔ وہ مشابہت نہایت اہم ہے جو کبھی کبھی ڈفتھیریا کے ساتھ ہو جاتی ہے۔ عموماً لوزہ کے ایک طاقہ کے اندرا فراز کے صمام کی صریحی تکوین سے، یا ایک جانب پر متعدد صمامات کی موجودگی سے اُنکی شناخت ہو جاتی ہے۔ کسی قدر وسعت رکھنے والی ایک منفرد سپید جھلی کا ہونا، جو بظاہر صرف سطح پر ہو، اور اس جھلی کا نرم تالو تک پھیل جانا، ڈفتھیریا یا ذبحۂ ونسنٹ کی تائید میں ہے۔ مشتبہ اصابتوں میں جرثومیاتی کاشت کام میں لانا چاہیئے (ملاحظہ ہو صفحہ 66)۔

ارتفاع حرارت (pyrexia) کے لئے علاج شروع کر دینا چاہیئے (ملاحظہ ہو صفحہ 20)۔ لوزتین پر حابس (astringent) یا دافع عفونت محلولات لگا دینے چاہئیں، جیسے کہ صبغیۂ ایوڈین (برٹش فارماکوپیا)، گلیسرین آف ٹینک ایسڈ، اور صبغیہ پرکلورائڈ آف آئرن (۵ قطرے ایک ڈرام گلیسرین میں)۔ پوٹاسیئم کلوریٹ کے لوزنج یا رھاٹنی اور فارمالین (rhatany & formalin) کے اقراص بھی چوسے جا سکتے ہیں۔ صبغیہ گوائکم (tr. of guaiacum) یا گوائکم کے اقراص، اور سوڈیئم سیلی سلیٹ بھی مفید ہیں۔ شدید اصابتوں میں مصل دافع نبقات سبحیہ (anti-streptococcal serum) کے اشرابات دئے جا سکتے ہیں۔ دافع قرمزیہ نما (anti-scarliniform)۔ ۱۰ مکعب سنٹی میٹر، کثیر گرفتی (polyvalent) ۲۵ مکعب سنٹی میٹر، جو کہ دو دن کے بعد مکرر دیا جاتا ہے۔

قرنیت بلعوم (keratosis pharyngis) یہ ایک حالت ہے کہ جس میں لوزی طاقات کے دہنوں پر چھوٹے سفید بروزات پائے جاتے ہیں، جو کہ جرابی التہاب اللوزہ کے منظر سے مشابہ منظر پیدا کرتے ہیں۔ بالعموم یہ علامات سے مبرا ہوتی ہے، تاہم بعض اوقات

خفیف خراش حلق کی شکایت کیجاتی ہے۔ مرض کسی قسم کے علاج سے متاثر نہیں ہوتا' لیکن وہ چند مہینے قائم رہنے کے بعد خود بخود غائب ہو جاتا ہے۔

گرد لوزی خراج (peritonsillar abscess) (دبیلۂ لوزیہ: quinsy)۔
اس حالت میں کیسۂ لوزہ' اور لوزی مہاد کی عضلی دیوار کے درمیان تقیح واقع ہو جاتا ہے۔ پھوڑے کا ٹھیک محل وقوع مختلف ہوتا ہے' لیکن بیشتر وہ اس فضاء کے بالائی دو تہائی میں واقع ہوتا' لوزہ کو نیچے اور اندر کے طرف دھکیلدیتا' اور حنکی بافتوں میں تداخل کرتا ہے۔

بحث اسباب۔ یہ پندرہ اور پچیس سال کی عمروں کے درمیان نہایت عام ہوتا ہے۔ بعض آدمی اس میں مبتلا ہونے کا بہت رجحان رکھتے ہیں' اور بار بار مبتلا ہوتے ہیں۔ اس کا سبب' لوزی سرایت کا لوزہ کے کیسہ سے باہر پھیل جانا ہے (گرد لوزی التہاب = peritonsillitis)۔ بعد میں تقیح ہو جاتا ہے۔

علامات۔ یہ ایک یا دونوں لوزتین کو ماؤف کر سکتا ہے۔ لوزہ سرخ' اور اپنی قدرتی جسامت سے دوگنا متورم ہو کر خط درمیانی کے طرف ابھر آتا ہے' اور لہاۃ (uvula) کو ہٹا کر ایک طرف کر دیتا ہے۔ اگر دونوں لوزتین ماؤف ہوں تو ممکن ہے کہ وہ خط وسطی میں مل جائیں' اور لہاۃ کو آگے کے طرف دھکیل دیں۔ ورم اور سرخی نرم تالو کو متاثر کر دیتی ہے جو کہ سامنے کو ایک اختلاف پذیر فاصلہ تک ازدیاد زدہ ہو جاتا ہے۔ سطح عموماً چکنی' چمکدار' اور رنگ میں گہری سرخ یا ارغوانی ہوتی ہے۔ باہر سے دیکھا جائے تو جبڑے کے زاویہ کے پیچھے بین ورم ہوتا ہے۔ بیماری اکثر ایک قشعریرہ اور متلی کے ساتھ شروع ہوتی ہے' اور ذہنی اختلال بہت زیادہ ہوتا ہے۔ زبان پر فرکی موٹی تہ چڑھی ہوتی ہے' بھوک چلی جاتی ہے' اور تپش ۱۰۳ یا ۱۰۴ درجہ تک بلند ہو جاتی ہے۔ نگلنے اور بولنے میں نہایت شدید درد ہوتا ہے' اور منہ کے اندر ریق اور مخاطی افراز جمع ہو جاتے ہیں اور انھیں بار بار تھوکنا پڑتا ہے۔ دو سے چار دن تک میں تقیح واقع ہو جاتا ہے۔ رسولی' جو پہلے سخت تھی' اب نسبتہً نرم ہو جاتی ہے' اور انگلی سے دبجاتی ہے۔ یا ایک انگلی لوزہ پر اور دوسری انگلی باہر جبڑے کے زاویہ کے پیچھے رکھنے سے پیپ کی موجودگی شناخت کیجا سکتی ہے۔ اگر پھوڑے کو یونہی چھوڑ دیا جائے تو وہ حلق کے اندر پھوٹ پڑتا ہے' تپش کم ہو جاتی ہے' اور صحت جلد ہی چار سے سات روز تک کے اندر ہو جاتی ہے' اگرچہ ممکن ہے کہ نقیہت اور کچھ عرصہ تک جاری رہے۔

شاذ صورتوں میں پھوڑے نے گردن یا سینہ کے اندر نقب لگادی ہے' یا سباتی شریان کو کھالیا ہے' یا اپنی پیپ حنجرہ کے اندر خارج کر کے اختناق (suffocation) پیدا کردیا ہے۔

تشخیص۔ ذبحہ لوزیہ (quinsy) جراحی التہاب لوزہ سے مشابہ ہوسکتا ہے۔ وہ زیادہ اکثر یک جانبی ہوتا ہے' اُس میں تپ زیادہ شدید ہوتی ہے' سرخی منفصلہ حصوں تک پھیل جاتی ہے' افراز طاقوں کے اندر جمع نہیں ہوتا' اور ممکن ہے کہ پیپ کا بالآخر پتہ چل جائے۔ بعض اوقات یہ دونوں حالتیں ساتھ ساتھ پائی جاتی ہیں۔

علاج۔ ارتفاع حرارت کا عام علاج استعمال کیا جاتا ہے۔ درد میں برف سے اکثر تخفیف ہوجاتی ہے۔ اُسے چوسنا بھی چاہیئے اور باہر سے بھی لگانا چاہیئے۔ حاد علامتوں میں کمی کرنے کے لئے سیلی سلیٹ آف سوڈیم ۱۰ تا ۱۵ گرین کا داخلی استعمال ہر تیسرے یا چوتھے گھنٹے کیا جاسکتا ہے۔ کاربالک ترشہ کے گرم غسول (ایک فی صدی) سے غرارہ کرنا درد کو تسکین دیتا ہے۔ اگر تقیح شروع ہوگیا ہے تو گرم تکمیدات (hot fomentations) اور پولٹیس غالباً اُس میں سرعت پیدا کرتی ہیں۔ جب پیپ معلوم ہوجائے تو پھوڑے کے اُبھرے ہوئے حصے میں ایک لمبے نوکدار مشرط (bistoury) سے (جو اُس کے آخری نصف انچ تک پلاسٹر سے ڈھکا ہوا ہو تاکہ دہن کے دوسرے حصے محفوظ رہیں) شگاف لگا دینا چاہیئے۔ ابتدائی درجوں میں متصل واقع نبقات سیجیہ کا اشراب کرنا مفید ہوتا ہے۔

لوزتین کی مزمن عفونت (chronic sepsis of the tonsils)۔ بچوں میں اس کا وقوع عام ہوتا ہے' اور یہ اکثر لوزتین کی کلانی پیدا کردیتی ہے' جو ممکن ہے کہ مریض کی عمر کی زیادتی کے ساتھ ساتھ رفع ہوجائے۔ لیکن مزمن عفونی لوزتین چھوٹے' اور حلقوم کے ستونوں کے درمیان گڑے ہوئے بھی ہوسکتے ہیں۔ ماسبق حاد التہاب لوزہ سے مزمن عفونت پیدا ہوسکتی ہے۔

امراضیات۔ بڑھے ہوئے لوزتین سنخی بافت اور جرابی بافتوں کی بیش پرورش ظاہر کرتے ہیں' ساتھ ہی طاقوں میں افراز کا کم و بیش اجتماع ہوتا ہے' اور طاقے بڑھے ہوئے بھی ہوتے ہیں۔

مزمن التہابِ لوزتین اہمیت رکھتا ہے اسلئے کہ وہ ایک ایسا ماسکہ بہم پہنچاتا ہے کہ جس سے جسم کے دوسرے حصے بذریعہ جوئے خون سرایت زدہ ہو سکتے ہیں۔ دانتوں کے راسی پھوڑوں (apical abscesses) کے متعلق جو کچھ بیان کیا گیا ہے اس میں سے بہت کا اطلاق یہاں بھی ہوتا ہے۔ دندانی عفونت بالغوں میں عموماً زیادہ اہمیت رکھتی ہے لیکن بچوں میں لوزتین بہ حیثیت سرایت کے منبعوں کے نسبتہً زیادہ اہمیت رکھتے ہیں۔ دونوں صورتوں میں ثانوی سرایت کے وقوع کا امکان زیادہ ہوتا ہے کیونکہ اوّلی مرکز گہرے مقام پر واقع ہوتا ہے۔ فی الحقیقت گارڈنر (Gardiner) نے عملیہ میں نکالے ہوئے لوزوں کے عمقی رُخ سے ہمیشہ کاشتیں حاصل کیں۔ حاد رثیہ (acute rheumatism) اور التہابِ گردہ اکثر عفونی لوزوں سے ثانوی طور پر دافع ہو سکتے ہیں، اور ممکن ہے کہ لوزتین درنہ کے جسم پر حملہ آور ہونے کے لئے ایک راستہ بہم پہنچاویں۔ درحقیقت لوزتین کی بعض کلانیاں درنہ کی وجہ سے ہوجاتی ہیں، اور لوزہ کی شعاعی فطریت (actinomycosis) بھی دیکھی گئی ہے۔

علامات ۔ لوزتین پھیکے گلابی رنگ کے سطح پر لخشک دار، اور کثافت میں سخت ہوتے ہیں، اور ایک ملوق (spatula) سے دبانے پر اُن کے اندر سے پیپ یا جبنی مادہ نچوڑا جا سکتا ہے۔ جب وہ صرف معتدل جسامت کے ہوتے ہیں تو ممکن ہے کہ کوئی مقامی علامات نہ پیدا کریں۔ جب وہ بڑے ہوتے ہیں، تو ساتھ غدودہ بھی بڑھے ہوئے ہوتے ہیں، اور ایسی صورت میں انفی تنفس میں رکاوٹ ہوتی ہے۔ بچہ منہہ کھولے ہوئے سانس لیتا ہے، اور چونکہ انفی راستے کم کام میں لائے جاتے ہیں، لہٰذا اگلے منخر چھوٹے اور اجنحہ (alæ) پچکے ہوئے ہوتے ہیں۔ نگلنے کے فعل میں دشواری ہوتی ہے اور وہ بیدھنگے پن کے ساتھ عمل میں آتا ہے، اور بولنے میں ایسا معلوم ہوتا ہے کہ گویا منہہ کے اندر کوئی چیز رکھی ہوئی ہے۔ یوسٹیکیائی انبوبہ کی نازلت کی وجہ سے شنوائی بھی کم دیتا ہے۔ دوسرے علامات جو ایسی اصابتوں میں دیکھے جاتے ہیں یہ ہیں:۔ کھانسی، انفی نازلت، سلیے چھینی اور دردِ سر۔

علاج ۔ معیاری علاج لوزہ برآری (tonsillectomy) ہے، اور ممکن ہے کہ آج کل گردن میں تدرنی غدد کا نسبتہً شاذ پایا جانا اسی وجہ سے ہو کہ یہ عملیہ کثرت کے ساتھ

انجام دیا جاتا ہے۔ تاوقتیکہ کوئی نہایت ہی واضح داعیہ موجود نہ ہو۔ اسال سے نیچے عملیہ انجام نہ دینا چاہئے، کیونکہ لوزتین کے حفاظتی فعل کا ضیاع تشویشناک ثابت ہو سکتا ہے۔ بریڈلے (Bradley) نے ایک پبلک اسکول میں دیکھا کہ ان لڑکوں میں کہ جن میں لوزہ برآری انجام دی گئی تھی، وبائی نازلتی سرایت سب سے زیادہ شدید تھی۔ اگر عملیہ قرین مصلحت نہ ہو تو دبا کر افرازات یا جبھی تو دے نچوڑ لئے جاتے ہیں، یا پچکاری کے ذریعہ یا چوس کر طاقوں میں سے باہر نکال دئے جاتے ہیں، اور دافع عفونت لوزینج (lozenges) دئے جاتے ہیں۔

ذبحۂ ونسنٹ

(Vincent's angina)

یہ التہابی حالت دو شکلوں میں پائی جاتی ہے: (۱) تقرحی۔ قرحات شکل میں گول ہوتے ہیں اور یہ مثالی طور پر ایک لوزہ پر، شاذ طور پر دونوں پر، اور بچوں میں زبان اور گالوں پر پائے جاتے ہیں۔ عفونت زدہ دانتوں کے گرد جو مسوڑوں کے قرحات پائے جاتے ہیں ان میں ونسنٹ (Vincent) کا عصیہ تکلہ نما (Bacillus fusiformis) پایا جاتا ہے۔ (۲) کاذب غشائی (pseudo-membranous)، جو خناقیہ سے مشابہ ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ لوزہ سے بڑھ کر گرد و پیش کی غشائے مخاطی پر پھیل جائے۔ بعض اوقات یہ لوزہ کو ماؤف نہیں کرتی، بلکہ اس کے بجائے نرم تالو کو اور حلقوم کے ستونوں کو ماؤف کر دیتی ہے۔ عنقی غدد متورم ہو جاتے ہیں، اور نگلنے میں دقت ہوتی ہے اور کچھ تپ موجود ہوتی ہے، اور سانس بدبودار ہوتی ہے۔ یہ جھلی عموماً آٹھ یا دس دن میں غائب ہو جاتی ہے۔ تپ صرف خفیف سی ہی ہوتی ہے، غدد کبھی متقیح نہیں ہوتے، اور انذار اچھا ہوتا ہے۔

ان حالتوں میں دو عضویے پائے جاتے ہیں:۔ (۱) عصیہ تکلہ نما (Bacillus fusiformis)۔ یہ طول میں ۶ μ تا ۱۲ μ ہوتا ہے، اور ایک طویل پتلے سے مثلث کی مانند نظر آتا ہے۔ یہ جوڑوں میں پایا جاتا ہے، اور قاعدے باہم متماس ہوتے ہیں۔ یہ تاریک زمینی تنویر (dark-ground illumination) سے بآسانی دکھائی دیتا ہے۔ (۲) ونسنٹ کے پیچ مویے (Vincent's spirochæte)۔

علاج ۔ قرحات پر سلور نائٹریٹ کا ۱۰ فیصدی محلول روزانہ تصبیغ کرنا چاہیئے۔ درد کو تسکین دینے کے لئے ایسپرین (aspirin) دیجا سکتی ہے۔ نووارسینو بنزال (novarsenobenzol) کے اشرابات کے ذریعہ مسوڑوں کی سرایت دور کیجا سکتی ہے۔

بلعومی لوزات

(pharyngeal tonsils)

یہ لمف آسا بافت کا ایک تودہ ہے، جو انفی بلعوم میں واقع ہے، اور جس کے ساتھ وہ منتشر گرہکیں بھی ہیں جو روزن مُلر (Rosenmuller) کے حفرات کی غشا مخاطی میں اور بلعوم کی پچھلی دیوار کی غشائے مخاطی میں واقع ہوتی ہیں۔ یہ تودہ لمبے ڈنڈی یا ڈنڈی دار ہو سکتا ہے، اور انگشت نما زائدوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ یہ زائدے ایسے شقاقات یا درزوں کے ذریعہ جو حلقومی لوزہ کے طاقوں سے متماثل ہوتی ہیں، ایک دوسرے سے جدا ہوتے ہیں۔ یہ اُستوانی ہدبی سرحلیہ کی ایک تہ سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے۔ زندگی کے تیسرے اور دسویں سالوں کے درمیان اسکی کلانی عام ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ ایسی کلانی بچوں کے ساری امراض کے بعد واقع ہو جائے، اور یہ اکثر نازلتی التہاب الانف کے حملوں کے ساتھ واقع ہوا کرتی ہے۔

بلعومی لوزہ کی بیش پرورش [جسے اکثر غدہ نما بالید (adenoid growth) یا غدہ وار (adenoids) کہتے ہیں] کے امراضیاتی نتائج اہم ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ مزمن نازلت اوپر کو یوسٹیکیائی انبوبہ میں پھیل جائے، اور درمیانی اذن کا التہاب (otitis media) اور ازاں بعد مخاطی طبقہ (mucosa) کا مزمن التہاب پیدا کر دے۔ بچہ کے نشو ونما کے دوران میں بعض تغیرات واقع ہو جاتے ہیں جن کا ذکر حلقومی لوزوں کے عنوان کے تحت کیا گیا ہے۔ بچہ کا چہرہ لمبا ہو جاتا ہے۔ اجنحۃ الانف (alæ nasi) پچک جاتے ہیں۔ اوپر کا ہونٹ چھوٹا اور باز کشیدہ ہو جاتا ہے۔ منہ اکثر کھلا رہتا ہے، اور اس طرح بچہ کا چہرہ احمقانہ (vacant expression) معلوم ہوتا ہے۔ یہ سب ملکر غدہ دی طلعت (adenoid facies) پیدا کر دیتے ہیں۔ کبوتر سینگی (pigeon-breast) اور بلند حنکی محراب بھی اکثر موجود ہوتی ہے۔

علامات۔ یہ بلاشبہ کلانی کی مقدار اور کس سے پیدا ہو جانے والے انفی حنجری تسدد کی مقدار کے لحاظ سے مختلف ہوں گے۔ یہ حسب ذیل ہیں:۔ بہرا پن، عادتاً دہنی تنفس جو رات کو زیادہ خراب ہو جاتا ہے، خراٹے لینا اور "شب ترسی" (night-terrors) اور نازلتی التہاب الانف کا رجحان، جس کے ساتھ افرازیں کبھی کبھی خون ہوتا ہے۔ تلفظ کرنے میں م (M) اور ن (N) حروف صحیح کا تلفظ خراب طرح ادا ہوتا ہے، کیونکہ منفذ انف میں ان آوازوں کی گمک نہیں پیدا کی جا سکتی۔ بعض کہتے ہیں کہ غدود ہ سے سرسری تشنج الحنجرہ (laryngismus stridulus)، شب بولی (nocturnal enuresis)، لکنت، صرع اور تشنجات صبیانی کی تحریک پیدا ہو جاتی ہے۔

علاج۔ اگر علامات زیادہ نمایاں ہوں تو بالیدوں کو جراحتی طور پر خارج کر دینا چاہیے۔ ممکن ہے کہ نسبتہً خفیف اصابتوں کی اصلاح ایسی تنفسی ورزشوں سے ہو جائے جن کا مقصد یہ ہو کہ بچہ کو ناک کے راستہ سے سانس لینا سکھلایا جائے۔

202

لسانی لوزات

(lingual tonsils)

لسانی لوزات لمف آسا بافت کی وہ دو یا تین گرہکیں ہیں جو قاعدۂ زبان پر خط وسطی کے دونوں طرف واقع ہوتی ہیں۔ ان کی ساخت ویسی ہی ہوتی ہے جیسی کہ حلقومی لوزہ کی، اور ہر ایک میں دو یا تین طاقچے ہوتے ہیں۔ وہ حلقومی لوزتین کی طرح ملتہب ہو سکتے ہیں، ان کے طاقوں میں افراز کا احتباس نسبتہً کم عام ہوتا ہے، لیکن وہ کبھی کبھی بیش پرورده ہو جاتے ہیں، جو کہ بالغوں کے نسبت بچوں میں زیادہ کثرت سے دیکھا جاتا ہے۔ اغلب ہے کہ "خراشِ حلق" (sore throat) کا وہ احساس جو خط وسطی میں اور کہیں حلق کے پیچھے محسوس ہوتا ہے، درحقیقت بہت سی مثالوں میں ملتہب لسانی لوزات کی وجہ سے ہو۔ آخر الذکر "حلق کی اس علم گدگدی" کا سبب ہوتے ہیں جو "حلق کی کھانسی" پیدا کر دیتی ہے۔ نیز کالی کھانسی میں کھانسی انہیں سے پیدا ہو جاتی ہے۔ فیرک کلورائڈ (ferric chloride) کے ۴۰ گرین کا ایک سیر شدہ محلول جو گلیسرین کے ساتھ ایک اونس تک بنا لیا گیا ہو، ایک سرے پر خمیدہ پنبہ گیر (wool holder) کے ذریعہ سے

لوزات پر لگانے سے کھانسی میں تخفیف ہوسکتی ہے۔ اسے لگاتے وقت زبان کو تا بحد امکان باہر نکالنا چاہئے (2)۔

مزمن التہاب البلعوم
(chronic pharyngitis)

اسباب۔ بلعوم کا مزمن التہاب مکرر حاد حملوں سے پیدا ہوسکتا ہے۔ پچھلے منخرین (nares) سے سرایت کا نیچے گزر جانا ایک کثیر الوقوع سبب ہے، اور تمام اصابتوں میں ناک اور نزد انفی جوفوں کی حالت کی تفتیش کرنی چاہئے۔ علاوہ ازیں وہ بعض مضر اثرات، مثلاً الکحل کے غلط استعمال، کثرتِ تمباکو نوشی، اور آواز کے مسلسل استعمال سے پیدا ہوجاتا ہے۔ اور جب ایک جلسۂ عام میں تقریر کرنیوالا شخص نیچے لیول پر بیٹھے ہوئے سامعین کے طرف خطاب کرنے میں اپنا سر نیچے جھکاتا ہے اور اس طرح اُن اعضا کو جو صوتی تلفظ نکالنے میں مصروف ہیں پچکاتا ہے، تو بلاشبہ وہ اس مرض کے وقوع میں ممد ہوتا ہے۔ مزمن التہاب البلعوم ہمیشہ نرم تالو، لوزتین، یا ناک کے پچھلے حصے کے ایک مماثل تغیر کے ساتھ ساتھ واقع ہوتا ہے۔

علامات۔ غشائے مخاطی سُرخ ہوسکتی ہے، اور اُس کی وریدیں متسع ہوتی ہیں۔ بعض اصابتوں میں بلعوم پر کثیر التعداد چھوٹے رمادی ارتفاعات منتشر ہوتے ہیں (حبیبی التہاب البلعوم = granular pharyngitis)۔ دوسری اصابتوں میں چھوٹی خراشیدگیاں (abrasions) یا انقرحات ہوتے ہیں۔ حبیبی التہاب البلعوم کے رمادی بروزات بڑھے ہوئے جرابات یا مخاطی غدد ہیں۔ غشائے مخاطی بعض اصابتوں میں وافر افراز سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، اور مریض ہمیشہ کھنکارتا اور تھوکتا رہتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں اس کی سطح خشک ہوتی ہے، جس سے نگلنے میں کسی قدر تکلیف اور دقت، اور ساتھ ہی چبھتا ہوا درد اور کھانسنے کی خواہش پیدا ہوتی ہے۔

حبیبی التہاب البلعوم (granular pharyngitis) اکثر ایک جداگانہ عارضہ شمار کیا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ حقیقی حلقوم سے متجاوز ہوکر قلۂ بلعوم تک اور حنجرہ تک پھیل جائے۔ غشائے مخاطی بیشتر اصابتوں میں خشک ہوتی ہے، لیکن بعض اوقات جرابات لزج

مخاط سے ڈھکے ہوئے ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ اُس سے تکلیف کچھ نہ ہو یا کم ہو۔ لیکن حلق کی خشکی اور کرختگی (stiffness) اور ساتھ ہی کھنکارنے اور تھوکنے کی دائمی خواہش اور نگلنے میں تکلیف اور دقّت واقع ہو سکتی ہے۔ بولنے کی کوشش سے بھی درد ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ مریض کو حلق صاف کرنے کے لئے توقف کرنا پڑے۔ حالات کی یہ صورت قسیسین (clergymen)، عام مقررین اور دوسرے ایسے ہی پیشہ والوں میں غیر عام نہیں، اور اسی واسطے اسے "قسیسین کی خراش حلق" ("clergymen's sore throat") کہتے ہیں۔ یہ علامات سردی کے تکشف سے زیادہ ہو جاتے ہیں، اور بعض مصنفین نے اس کی موروثی استعداد کا مشاہدہ کیا ہے۔

علاج ۔ جیسی التہاب البلعوم میں مقامی علاج ضروری ہے۔ غرارے چنداں کار آمد نہیں، کیونکہ وہ نرم تالو سے آگے نہیں پہنچتے۔ لیکن مینکری یا ٹیانین (tannin) (ہر ایک ہم تا ۱۰ گرین پانی کے ایک اونس میں) کے رشاشات (sprays) کام میں لائے جا سکتے ہیں، یا حلق میں حابس محلولات لگائے جا سکتے ہیں جیسے کہ نائٹریٹ آف سلور (۱۰ فیصدی) یا مینڈل کا صبغہ (Mandl's pigment) جس میں آیوڈائزڈ گلیسرین ہوتا ہے (آیوڈین ۶ گرین، پوٹاسیئم آیوڈائڈ ۲۰ گرین، آئل مینتھا پپ ۵ قطرے، گلیسرین تا بقدر ایک اونس)۔

خلف البلعوم خراج

(retropharyngeal abscess)

اگرچہ یہ ایک جراحتی شکایت ہے تاہم یہاں اس پر مختصراً غور کی ضرورت ہے کیونکہ حلق کی بعض شکایتوں، مثلاً حنجری تسدد (laryngeal obstruction) کی تشخیص کے اس سے پیچیدہ ہو جانے کا اندیشہ ہے۔ یہ شوکہ کی بوسیدگی سے اور زیادہ اکثر اوقات خلف البلعومی لمف آسا بافت کے التہاب سے پیدا ہو جاتا ہے۔ اور یہ بلعوم کی پشت پر ایک ورم پیدا کر دیتا ہے جو ممکن ہے کہ حنجرہ کو دبا کر عسر البلع (dysphagia)، بُہر (dyspnœa) اور اختناق (asphyxia) پیدا کر دے۔ چنانچہ اسکو غلطی سے کروپ یا حنجری ذنعیہ سمجھا جا سکتا ہے، لیکن آخر الذکر کی طرح اس میں کھانسی رو کھی یا آواز بیٹھی ہوئی نہیں ہوتی، بلکہ یہ دونوں کسی قدر "غرغری" ("gurgling") ہوتے ہیں۔

مشکوک اصابت میں حلق کی پشت تک انگلی ڈالکر دیکھنا چاہیے جبکہ ایک تموجی ورم محسوس ہو جائے گا۔ اس میں سرجن سے شگاف دلوا دینا چاہیئے۔

التہاب حنجرہ

(laryngitis)

التہاب حنجرہ حاد یا مزمن ہو سکتا ہے، اور متعدد اسباب سے پیدا ہوتا ہے۔ ان میں سے چند اسباب یہ ہیں:۔ نازلتی التہاب پیدا کرنے والے معمولی حالات، جن پر حاد التہاب الانف (acute rhinitis) کے ماتحت غور کیا گیا ہے۔ خراش آور بخارات اور غبار آلود ہوا کا تماس۔ اجسام غریبہ (foreign bodies) کا انحراز (impaction) یا دوسرے طریقوں سے راست تضرر، گرد و پیش کے حصوں، بلعوم، شعبات اور قصبتہ الریہ یا بیرونی بافتوں سے التہاب کا پھیل جانا حاد نوعی حمیات (acute specific fevers) جیسے کہ ڈفتھیریا اور کھسرا۔ اور سب سے آخر میں برائٹ کا مرض۔ مزمن التہاب حنجرہ تدرن کی عفونت یا تو بالائی تنفسی خطہ سے یا ششوں سے ہو جانے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ آتشک بھی حنجرہ پر حملہ آور ہوتی ہے۔ نتائج، سبب کے لحاظ سے کسی قدر مختلف ہوتے ہیں، اور ہم ایک نازلتی التہاب حنجرہ (catarrhal laryngitis)، ایک اُذیمائی التہاب حنجرہ (oedematous laryngitis)، ڈفتھیریا سے مخصوص ایک غشائی التہاب حنجرہ (membranous laryngitis) اور سل ریوی (phthisis) اور آتشک کے التہاب حنجرہ کو بآسانی شناخت کر سکتے ہیں۔

حاد نازلتی التہاب حنجرہ۔ یہ بیشتر انھیں حالات کے باعث ہوتا ہے جو حاد التہاب الانف پیدا کر سکتے ہیں، لیکن خراش آور بخارات، غبار آلود ہوا، غریب اجسام کے داخلے اور پچھلے منخرین (posterior nares) بلعوم یا شعبات سے پھیلنے والے التہاب سے بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ کھسرا میں اور نسبتہً کم بار دوسری سرایتوں میں ہوتا ہے۔

علامات۔ آواز بیٹھ جاتی یا بالکل غائب ہو جاتی ہے۔ حلق میں ایک گدگدی (tickling) کا احساس ہو کر روکھی (husky) کھانسی آتی ہے، جس کے ساتھ وقتاً فوقتاً مخاط کے چھوٹے چھوٹے صمامات (plugs) نفث سے نکلتے ہیں۔ تنفس عموماً کم ہی متاثر ہوتا ہے،

لیکن شاذ صورتوں میں کسی قدر صرصرہ (stridor) موجود ہوسکتا ہے۔ اور بچوں میں بُہر (dyspnœa) نسبتہً کثرت سے ایک نمایاں علامت ہوتی ہے۔ بخار خفیف یا بالکل غیر موجود ہوسکتا ہے۔ حنجرہ بین (laryngoscope) سے امتحان کرنے پر سبوحیات (arytenoids) کے اوپر کی مخاطی جھلی متورّم اور سُرخ ہوتی ہے۔ احبالُ الصّوت (vocal cords) بالعموم التہاب زدہ ہوتے ہیں، لیکن وہ عموماً نہایت کم تغیّر ظاہر کرتے ہیں۔ ممکن ہے کہ اُن کے اوپر اور ان کے درمیان کچھ مخاط پڑی ہوئی دکھلائی دے۔ بطینی بند (ventricular bands) ماؤف ہو سکتے ہیں۔

بچے حاد التہاب حنجرہ کی ایک قسم (صرصری التہاب حنجرہ laryngitis stridulosa) میں مبتلا ہونے کا رجحان رکھتے ہیں، جس کی ممیّز خصوصیت یہ ہے کہ اختناق (suffocation) کی علامتیں یکایک، اکثر آدھی رات کے وقت، نمویاب ہوجاتی ہیں۔ دن کے وقت صرف خفیف کھانسی اور آواز بیٹھی ہوئی (huskiness) ہوتی ہے، لیکن رات میں بچہ دفعتہً کسی وقت خوف زدہ ہوکر جاگ اُٹھتا ہے اور ساتھ ہی اُسے شدید بُہر (dyspnœa) اور بھونکنے کی آواز والی (barking) یا روکھی (husky) کھانسی ہوتی ہے، جس کے بعد پُرشور (loud) اور لمبا بانگ دار (crowing) شہیق ہوتا ہے۔ آواز بھرائی ہوئی اور کمزور، اور چہرہ (feature) ممتلی (congested) ہوتا ہے۔ اگر یہ حالت قائم رہے تو ممکن ہے کہ چہرہ شاحب اور کبود ہوجائے، اور اختناق (suffocation) قریب الوقوع معلوم ہوتا ہے۔ لیکن عموماً تھوڑی دیر میں علامتیں کم شدید ہوکر بچہ سوجاتا ہے۔ یا تو اُسی رات کو چند گھنٹوں کی نیند کے بعد یا بعد کی راتوں میں ایسے ہی حملے ہو سکتے ہیں جن میں اختناق کا خطرہ ہوتا ہے اور ساتھ ہی کروپی (croupy) شہیق واقع ہوسکتا ہے۔ ان حملوں کے ساتھ بخار (معہ فروازِ زبان، تمتماتے ہوئے سُرخ چہرے، اور گرم جلد وغیرہ کے) اسکے نسبت زیادہ ہوتا ہے کہ جتنا بالغوں کے نازلتی التہاب حنجرہ میں ہوتا ہے۔ یہ حملے غالباً اس وجہ سے ہوتے ہیں کہ مزمار کے اندر لزج (tenacious) مخاط کی موجودگی حنجری تشنج پیدا کردیتی ہے۔ جب کبھی ایسے بچہ کو "سردی ہوجاتی ہے" تو یہ علامتیں اُسی بچہ میں مکرر پیدا ہوجانے کا رجحان رکھتی ہیں، لیکن شاذ ہی مہلک ہوتی ہیں۔

اِنذار۔ حاد التہاب حنجرہ زیادہ تر اُمید افزا انذار رکھتا ہے۔ وہ عموماً چند روز

عرصہ میں رفع ہو جاتا ہے۔

تشخیص، بالخصوص بالغوں میں عموماً سادہ ہوتی ہے۔ ڈفتھیریا اس سے زیادہ شدید ہوتا ہے اور اسکے ساتھ حلقوم پر جھلی، جھلی کا نفث، یا البیومن بولیت (albuminuria) کا ہونا ممکن ہے۔

علاج۔ مریض کو بولنا نہیں چاہیئے۔ اسے ایک یکساں طور پر گرم کرۂ ہوائی میں رکھنا چاہیئے، اور ایک مناسب آلہ میں بار بار بھاپ کا استنشاق کرنا چاہیئے۔ اس آلہ کو مرکب صبغیہ عود (tinct. benzoin co.) (نصف اونس ایک پائنٹ پانی میں) سے بار کرسکتے ہیں۔ مینتھال (menthol) (۲ یا ۳ گرین ایک اونس لکوڈ پیرافین میں)، روغن یوکالپٹس (oil of eucalyptus) اور کریاسوٹ (creosote) کے رشاشات (sprays) بھی مفید ہوتے ہیں۔ ملطف مائعات (demulcent liquids) کو آزادانہ طور پر نوش کرنا چاہیئے، یا برف کے چھوٹے ٹکڑے چوسے جائیں۔ کھانسی کی خراش کی تخفیف افیون موجود رکھنے والی دواؤں (opiates) کے ذریعہ کرنی چاہیئے۔ غذا یا نظام غذائی (regimen) البتہ وہی استعمال کرنا چاہیئے جو عموماً حموی حالتوں میں کام میں لایا جاتا ہے۔

صرصری التہاب حنجرہ (laryngitis stridulosa) کے لئے اکثر ایک مقیئ (emetic) دوا مفید ہوتی ہے، جیسے کہ سلفیٹ آف زنک (sulphate of zinc) (۵ تا ۱۰ گرین) یا عرق الذہب (ipecacuanha) (اسکا سفوف ۲ تا ۵ گرین، یا اسکا نبیذ ایک ڈرام ہر دس منٹ کے وقفہ سے حتیٰ کہ قئے پیدا ہو جائے)۔ مزید برآں گرم فلالین یا ایک گرم اسفنج گلے پر لگایا جاسکتا ہے۔ درمیانی وقفوں میں التہاب حنجرہ کا علاج گرم و تر کرۂ ہوائی (بھاپ کی کیتلی) اور برومائڈز (bromides) اور کلورل (chloral) کی تھوڑی خوراکوں سے کرنا چاہیئے۔

اذیمائی التہاب حنجرہ (oedematous laryngitis) یہ التہاب حنجرہ کا نتیجہ ہوسکتا ہے جو مختلف طریقوں پر پیدا ہو جائے۔ بعض اوقات یہ نازلتی اصابتوں میں، یا مرض برائٹ کے دوران میں ہو جاتا ہے۔ اس کا معمولی سبب حنجرہ کی حادثتی سمی سرایت ہے۔ اسکے ہمراہ شدید ضیقی علامات پائے جاتے ہیں اور اس میں بہت جلد اور مستعدی کے ساتھ علاج کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

وہ مقامی اُذیما جو وعائی عصبانی تہیّج (angio-neurotic œdema) کے
نام سے بیان کیا جاتا ہے، اکثر اوقات حنجری بافتوں میں ہو جاتا ہے اور اکثر مہلک ہوتا ہے
(ملاحظہ ہو وعائی عصبانی تہیّج)۔

مرضی تشریح۔ یہ تحت المخاطی بافت کے اندر التہابی مصل کے انصباب پر
مشتمل ہے، اور اس مصل میں بہت سے سپید خلیّے موجود ہو سکتے ہیں، جس سے ممکن ہے
وہ مصلی قیحی (seru-purulent) ہو جائے، یا بافت میں حقیقی ریم منتشر ہو جاتی ہے۔

علامات بسا اوقات سرعت کے ساتھ نمویاب ہو جاتے ہیں۔ گلے کی خراش،
نگلنے پر کچھ درد ہونا، اور اسکے بعد بُہر جو کہ سرعت سے بڑھ جاتا ہے اور قصبہ شگافی کا متقاضی
ہوتا ہے۔ حنجری امتحان کرنے سے ر مزمار اور سبوحیات کا اذیما بہت جلد پایا جاتا ہے۔

انذار وسیع اُذیما کی مثالوں میں خطرناک ہوتا ہے۔

علاج۔ دافع تنفات سبجیہ مصل کے اشرابات بہت جلد دینے کی ضرورت
ہے۔ استنشاقات جیسے کہ حاد التہاب حنجرہ میں دئیے جاتے ہیں آرام دہ ہیں، اسی طرح
گردن پر ٹھنڈے لاسقات۔ پست قصبہ شگافی کی نہایت ہی فوری ضرورت
پڑ سکتی ہے۔

غشائی التہاب الحنجرہ (membranous laryngitis)۔ غشائی
التہاب حنجرہ کا عام ترین سبب دُفتھیریا ہے، جو یا تو حلقوم میں شروع ہو کر حنجرہ تک
پھیل جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 65) یا ابتدا ہی سے حنجرہ پر حملہ آور ہوتا ہے اور اُس وقت
یا بعد میں حلقوم کو ماؤف نہیں کرتا۔ یہ نوٹ کرنا خالی از دلچسپی نہیں کہ یہ اولی حنجری اصابتیں
بچوں میں بالغوں کے نسبت زیادہ عام ہیں، اور یہ کہ ان کے ساتھ البیومن بولیت
(albuminuria)، یا بعد میں فشلل کا وقوع اس کثرت سے نہیں ہوتا کہ جتنا ان اصابتوں
میں کہ جن میں حلق ابتداءً ماؤف ہوتا ہے۔

غشائی التہاب حنجرہ ضربی اسباب یا مقامی خراش آوروں، مثلاً کیمیائی بخارات،
اُبلتے ہوئے پانی، یا خارجی اجسام کے مغروز ہو جانے سے یقیناً پیدا ہو سکتا ہے۔ کھسرا میں
غشائی التہاب حنجرہ کے واقع ہونے کے یہ معنے ہیں کہ اس پر دُفتھیریائی سرایت مستزاد
ہو گئی ہے۔

علامات۔ مقامی علامات اُن علامتوں سے مماثل ہوں گے جو ڈفتھیریا کے تحت بیان کی گئی ہیں، لیکن جب التہاب کا سبب زیادہ ممیز طور پر ضربی ہو تو ایک مرضِ ساری کی سمی علامتیں غیر موجود یا کم نمایاں ہونگی۔

تشخیص۔ عام طور پر ایسے بچے جن میں بلا کسی ظاہر سبب کے بہرے، جھنکار دار (ringing) یا کروپی (croupy) کھانسی اور دیوار سینہ کی شہیقی باز کشیدگی (inspiratory retraction) موجود ہو اور جن کا صرف چار روز میں دم گھٹ جانے (suffocation) کا خطرہ ہو، غشائی التہاب حنجرہ میں مبتلا ہوتے ہیں۔ مزید برآں ایسے بچوں کی غالب تعداد میں ڈفتھیریا ہی اس التہاب غشائی کا سبب ہوتا ہے۔ لیکن حنجرہ مین سے امتحان کرنا عموماً ناممکن ہوتا ہے اور جھلی کی موجودگی کا اوّلین ثبوت قصبہ شگافی (tracheotomy) کے عملیہ کے وقت یا اسکے بعد حاصل ہوتا ہے۔ صرصری التہاب حنجرہ (laryngitis stridulosa) سے اسکی شناخت (ملاحظہ ہو صفحہ 203) بہرکے نسبتہً زیادہ تدریجی نمو اور نسبتہً زیادہ ہموار رفتار سے ہوتی ہے۔

متبادل تشخیص، ایک جسم غریبہ کی موجودگی ہے۔

علاج۔ غشائی التہاب حنجرہ کا علاج اُسی طرح کیا جاسکتا ہے جس طرح کے ڈفتھیریا کے تحت میں بتلایا گیا ہے، اور یہ علاج اُس وقت جبکہ وہ ڈفتھیریا کے باعث ہو اور اس وقت جبکہ وہ قرمزی بخار کھسرا یا دوسرے کسی ساری مرض کے ساتھ متلازم ہو دونوں صورتوں میں کیا جاسکتا ہے۔ پہلی صورت میں ڈفتھیریا کا ضد سم (antitoxin) استعمال کرنا چاہیئے۔

205

مزمن نزلی التہاب حنجرہ (chronic catarrhal laryngitis)۔

یہ اکثر حاد التہاب حنجرہ کے بعد ہوتا ہے، بالخصوص اس وقت جبکہ آخرالذکر کا مناسب علاج آواز کو کامل آرام دیکر نہ کیا گیا ہو۔ یا بالائی تنفسی خطہ کی سرایتوں سے۔ التہاب جوفی یا ذبولی التہاب الانف یا مزمن انفی تسدد سے۔ نیز آواز کے بیجا استعمال سے ہوتا ہے۔

علامات۔ آواز کا بیٹھ جانا، اور گلے کی خراش جس سے خشک کھانسی پیدا ہوجاتی ہے۔ حنجری امتحان کرنے سے، حقیقی احبال پر اور پچھلے ملتقی میں دبازتیں پائی جاتی ہیں۔

تشخیص ۔ یہ مزمن نازلتی التہاب حنجرہ، اور تدرنی اور آتشکی التہاب حنجرہ، اور ابتدائی نوما یہ کے درمیان بسا اوقات دشوار ہوتی ہے۔ مزید واقفیت کے لئے طالب علم کو حنجریات کی مخصوص نصابی کتب دیکھنی چاہئیں۔

تدرّنِ حنجرہ

سلّ ریوی (phthisis) یا ریوی تدرّن (pulmonary tuberculosis) کے مریضوں میں سے ایک معتدبہ تعداد کو حنجری عارضہ ہو جاتا ہے، جسے پہلے سلّ حنجری (laryngeal phthisis) کے عنوان سے بیان کیا جاتا تھا۔ یہ حنجری بافت پر تدرّن کے حقیقی حملہ کی وجہ سے ہوتا ہے، اور یہ پھیپھڑوں میں دَرنے بننے کے بعد ثانوی طور پر ہوتا ہے۔ اسے عموماً "حنجری تدرّن" (laryngeal tuberculosis) کہتے ہیں، اور شاہ ایڈورڈ ہفتم کی صحت گاہ، مڈہرسٹ (Midhurst) میں سل ریوی کے جتنے مریض داخل ہوئے ان میں ۸ء۴ فیصدی میں اُس مرض کے پہلے درجہ میں، ۳ء۱۸ فیصدی میں اُس مرض کے دوسرے درجہ میں، اور ۵ء۳۱ فیصدی میں اس مرض کے تیسرے درجہ میں حنجری تدرن موجود تھا۔ مَرد و عورت دونوں میں اُس کا مساوی رجحان ہوتا ہے (3)۔ تدرن کی ایک دوسری شکل جو حنجرہ کو ماؤف کرتی ہے، ذئبہ (lupus) ہے، جو بلعوم یا ناک سے پھیل آتی ہے۔

مرضی تشریح ۔ دَرنے مخاطی یا تحت المخاطی بافتوں میں خلیوں کے دقیق اجتماعات کے طور پر واقع ہوتے ہیں، اور شاید یہ سطح پر خفیف اُبھار بنا دیتے ہیں، جو کچھ عرصہ میں گرد و پیش کے حصّوں کا کم و بیش، اکثر بہت زیادہ، اُذیما اور ازاں بعد تقرّح پیدا کر دیتے ہیں۔ متاخر اصابتوں میں یہ تقرّح سبوحیات، بطینی بندوں، احبال اور برمزمار پر وسیع طور پر پھیلا ہوتا ہے۔ التہابی عمل شدید اصابتوں میں ریم آفرین عضویوں کی مدد سے زیادہ گہرا پھیل کر عمیق تقیح، گرد غضروفی التہاب (perichondritis) اور غضاریف کا تنخّر (necrosis) پیدا کر دیتا ہے۔ جماؤ کے اکثر الوقوع مقامات، پچھلے ملتقیٰ (posterior commissure) کے جوار میں ہوتے ہیں، یعنے بین سبوحی رقبہ، سبوحی جسم

احبال الصوت (vocal cords) آتے ہیں۔

اسکے علامات' مزمن التہاب حنجرہ کے علامات جیسے ہوتے ہیں' اور معمولی شدت کی اصابتوں میں یہ ہوتے ہیں کہ آواز بیٹھی ہوئی ہوتی ہے' روکھی کھانسی بار بار آتی ہے۔ بعض اوقات ابتدائی درجوں میں وظیفی فشل (functional failure) کی وجہ سے آواز بالکل جاتی رہتی ہے۔ اسی طرح آخری درجوں میں احبال صوتی کے تقرح کے نتیجہ میں آواز بالکل جاتی رہتی ہے۔ اور جب تقرح سبوچیات کے پچھلے حصّوں پر حملہ آور ہوتا ہے تو بافتوں کے ورم کے باعث' یا اُن کے اتلاف اور حنجرہ کی کامل مسدودی میں مزاحمت ہونے کے باعث نہ صرف نگلنے میں درد ہوتا ہے' بلکہ نگلنا مشکل ہوجاتا ہے۔ کبھی کبھی کھانسی شدید اور دورے کے ساتھ ہوتی ہے' اور نفث (expectoration) تغیر پذیر ہوتا ہے' جس کا انحصار حنجرہ کی حالت پر اتنا نہیں ہوتا کہ جتنا پھیپھڑوں کی حالت پر ہوتا ہے۔ قلیل التعداد اصابتوں میں تنفس میں بحدر کاوٹ پیدا ہوجاتی ہے۔ ۲۰ فیصدی اصابتوں میں حنجرہ کوئی مقامی علامات پیدا ہوئے بغیر تدریجی پایا گیا۔

ابتدائی درجوں میں حنجرہ میں غشائے مخاطی کا شحوب (pallor) ظاہر کرتی ہے' اور سل ریوی کی بہت سی اصابتوں میں حنجرہ کی قطعی عدم دمویت بالکل ابتدا ہی میں واقع ہوجاتی ہے۔ احبال' بطینی بندوں اور پچھلے ملتقی میں امتلائی غیر متشاکل چلکیاں ایک خفیف درجہ کی صفات ہیں۔ یا زیادہ شدید اصابتوں میں ایک بطینی بند یا برمزمار پر ایک انغلا قرحہ دیکھا جا سکتا ہے۔ جب دربخگی واقع ہوتی ہے تو یہ حصّے اکثر ایک مخصوص ممیز شکل اختیار کر لیتے ہیں' اور سبوچی برمزماری شکن ایک یا دونوں جانبوں پر متورم ہوکر ایک شاحب گلوبچہ نما یا ناشپاتی نما رسولی کی شکل اختیار کر لیتے ہیں' جس کا قاعدہ پیچھے کے طرف اور نوک آگے کے طرف ہوتی ہے۔ اور جب دونوں ماؤف ہوجاتے ہیں تو یہ اورام خطِ وسطی میں متصادم ہوجاتے ہیں۔ برمزمار ایک دستار نما ورم بنا سکتا ہے' اور ممکن ہے کہ وہی دبا کر بطینی بندوں کو ماؤف کردے' لیکن یہ اکثر مخفی رہتے ہیں۔ بالآخر متورم بافتوں پر' نیز احبال الصوت پر' بالخصوص ان کے پچھلے نصفوں میں' قرحے بنجاتے ہیں۔

تشخیص۔ یہ کچھ تو حنجرہ بینی مناظر سے اور کچھ پھیپھڑوں کی حالت سے کرنی چاہیئے' جو بہت سی اصابتوں میں مصاحب ہوتی ہیں۔ سبوچی برمزماری شکنوں کے ناشپاتی نما

اورام اس حالت کا امتیازی خاصہ ہیں، لیکن جب یہ غیر موجود ہوں تو ممکن ہے کہ اسے مزمن نازلتی التہاب حنجرہ (chronic catarrhal laryngitis) سے اور آتشکی مرض سے تمیز کرنے میں دقت ہو۔ اول الذکر میں تدرنی التہاب حنجرہ کے نسبت کم ورم اور زیادہ امتلاء ہوتا ہے۔ آتشک میں قرحے عموماً زیادہ بڑے اور زیادہ گہرے ہوتے ہیں، وہ ایک نسبتہً زیادہ ملتہب قاعدے پر واقع ہوتے ہیں، اور منفرد ہوتے ہیں۔ دبازت زیادہ بے قاعدہ ہوتی ہے، اور مرض اکثر ایک جانب ہوتا ہے۔ بعض اوقات سرطانی تقرح کو تدرنی تقرح سے تمیز کرنا مشکل ہوتا ہے۔ سرطان اکثر یک جانبی ہوتا ہے اور نسبتہً زیادہ عمر والے مریضوں میں پایا جاتا ہے۔

انذار۔ حنجری تدرن کی موجودگی اسکے ساتھ واقع ہونے والی سل ریوی کے انذار کو زیادہ یاس انگیز بنا دیتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 171)۔ مڈہرسٹ (Midhurst) میں التہاب حنجرہ سے شفایابی ۷۰۴ مریضوں میں سے ۲۵ فیصدی میں ہوگئی۔ اکثر و بیشتر جیسے جیسے کہ سل ریوی ترقی یا تقہقر کرتی جاتی ہے، حنجری حالت بھی ترقی یا تقہقر کرتی ہے۔ لیکن ایسا ہمیشہ واقع نہیں ہوتا۔ ممکن ہے کہ سل ریوی کے خراب تر ہو جانے پر بھی حنجرہ شفایاب ہو جائے۔ لیکن اگر سل ریوی میں اصلاح ہو رہی ہے تو مناسب علاج کے ساتھ حنجرہ کبھی خراب تر نہیں ہوتا۔

علاج۔ پھیپھڑوں میں کے مرض کا علاج کرنا ضروری ہے، جس کا کہ حنجری تدرن فی الحقیقت ایک جزو ہے۔ فنسن (Finsen) کی روشنی کے ذریعہ جسم کی تشدیدی تشعیع کرنے کی حمایت کی گئی ہے مثلاً کوپن ہیگن (Copenhagen) میں حنجرہ کے مقامی علاج میں اہم ترین عنصر یہ ہے کہ مریض بالکل خاموش رہے۔ حتیٰ کہ اسے سرگوشی کی اجازت بھی نہ دی جائے۔ ممکن ہے کہ بعض مریضوں میں اس سے دماغ پر بہت زور پڑے۔ ایسی حالتوں میں گاہے گاہے سرگوشی کرنے کی اجازت دی جا سکتی ہے۔ جہاں زیادہ دررسیدگی (infiltration) موجود ہو بافت کے اندر ایک باریک پلاٹینی نوک گہری داخل کر کے گیلوانی کاوی کچوکا (galvanic-caustic puncture) لگانا بہت کامیاب ثابت ہوا ہے، لیکن اسکا استعمال صرف وہیں کرنا چاہیئے جہاں پھیپھڑوں میں فاعلی مرض کی کوئی شہادت موجود نہ ہو۔ کوکین (cocaine) کے ۲۰ فیصدی محلول کے

۵ قطروں کے اقطار (instillation) سے عدم حسیت پیدا کرنے کے بعد ایک وقت میں تین یا چار کچو کے دیئے جا سکتے ہیں۔ یہ کچو کا ایک ایسے وقفے کے بعد جو دو ہفتوں سے کم کا نہ ہو، مکرر لگایا جا سکتا ہے۔ ترقی یافتہ اصابتوں میں درد کیلئے اتھوفارم (orthoform) اور معدمات حس (anæsthetics) کے ذریعہ حنجرہ کے نفوخات کرنا مفید ہے اور حتیٰ کہ فوقانی حنجری اعصاب میں ایک اشراب کرنا۔ زیادہ بڑھی ہوئی اصابتوں میں قصبہ شگافی کے متعلق غور کیا جا سکتا ہے، تاکہ حنجرہ کو آرام ملے۔

حنجرہ کی آتشک

آتشک، حنجرہ کو متعدد طریقوں سے ماؤف کرتی ہے۔ موروثی شکل میں شیر خواری اور طفلی کے زمانہ میں۔ اکتسابی شکل میں ثانوی، ثالثی اور درمیانی درجوں میں۔ اکتسابی آتشک کے ثانوی ضرر شاذ ہیں، اور مزمن تبیش دمویت (chronic hyperæmia)، اوری تقرحات، اور غلط احیات (condylomas) یا مخاطی چکنیاں ہیں، جن میں سے آخرالذکر نہایت شاذ ہوتی ہیں۔ مرض کے آخری درجوں میں حنجرہ کی منتشر دریختگی نہایت عام ہوتی ہے۔ چھوٹے صمغیات (gummas) جو جسامت میں ایک الپین کے سر سے لیکر مٹر کے برابر مختلف ہوتے ہیں، اور عمیق تقرحات کبھی کبھی دیکھے جاتے ہیں۔ کبھی کبھی حنجری اذیما اور التہاب گرد غضروفی (perichondritis) معہ حنجری تنخر کے پیدا ہو جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ قروح کا اندماب ندبات پیدا کردے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ حنجرہ کے شدید اعوجاجات (distortions) یا مزمار کے انقباضات پیدا ہو جاتے ہیں۔

علامات ۔ یہ ممیز نہیں ہوتے، اور ضرر کی شدت کے لحاظ سے بہت مختلف ہوتے ہیں۔ آواز بیٹھ جاتی یا جاتی رہتی ہے، کبھی کبھی ابتدائی درجوں میں کھانسی اور آخری درجوں میں کم و بیش بہر موجود ہوتا ہے۔ سوائے اس صورت کے کہ برمزمار میں صمغیتی تقرح موجود ہو، عسر البلع شاذ ہے۔ ممکن ہے بہر سرعت کے ساتھ پیدا ہو جائے اور اس طرح قصبہ شگافی کی ضرورت لاحق کردے۔

تشخیص ۔ ثانوی التہاب حنجرہ، آتشک کی دوسری امارتوں، مثلاً جلدی طفحہ کی موجودگی کی بنا پر تشخیص کیا جاتا ہے۔ ثالثی آتشک، باستثناء ایک مثالی صمغیتی قرح کے، تدرنی یا

مزمن نازلتی التہاب الحنجرہ کے ساتھ مشابہت رکھتا ہے۔ ایک مثبت واز رمینی کاشفہ تشخیص کا فیصلہ کر دیتا ہے۔

علاج۔ نافع آتشک علاج مستعدی کے ساتھ عمل میں لانا چاہئے۔ ایک عام عقیدہ یہ ہے کہ پوٹاسیئم آیوڈائڈ کے استعمال سے اُذیمائے مزمار (œdema of the glottis) کا پیدا ہو جانا ممکن ہے، لیکن یہ درست نہیں ہے۔ حنجرہ کو آرام دینے کے لئے ابتدائی درجوں میں حنجرہ شگافی کا عملیہ کر دینا چاہئے، اس سے پہلے کہ ندبی انقباض کی وجہ سے اس کا کیا جانا ناگزیر ہو جائے۔ آخر الذکر صورت میں مریض کو ساری عمر ایک نلی پہننی پڑتی ہے۔ لیکن مزمار کا اتساع (dilatation) میکانی طور پر عمل میں لانے کی، یا کاٹنے والے کلاب (cutting forceps) یا مُوسّع (dilator) یا کَیّ بالبرق (electric cautery) سے ایک جالے کو کاٹ دینے کی کوششیں کی جا سکتی ہیں۔

حنجرہ کے سلعات

سلعہ حلیمیہ (papilloma) اور سلعہ لیفیہ (fibroma) صوتی احبال پر عام ہیں، باقی تمام سلیم سلعات شاذ ہیں۔ یہ رویدات بر مزمار کے ہم پہلو اور وادیچہ میں بروز کرتے ہوئے دیکھے جاتے ہیں، لیکن بالعموم یہ علامات سے مبرّا ہوتے ہیں۔

علامات۔ آواز کا بیٹھ جانا۔ اور اگر سلعات لحیمیہ متعدد یا بڑی جسامت کے ہوں تو بہر، جو کہ بعض اوقات اس درجہ تک پہنچ جاتا ہے کہ قصبہ شگافی کی ضرورت پڑتی ہے۔

علاج۔ یہ ہے کہ سلعہ کو جراحتی عملیات کے ذریعہ نکال دیا جائے، جنکی تفصیلات کے لئے قارئین کو جراحتی تصنیفات، یا خصوصی مقالات ملاحظہ کرنے چاہئیں۔

سلعاتِ خبیثہ (malignant tumours)۔ یہ نہایت عام طور پر سرطانی سلعات (carcinoma) ہوتے ہیں، لیکن لحمی سلعات (sarcoma) بھی واقع ہوتے ہیں۔ یہ عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ کثیر الوقوع ہیں، اور عموماً ۵۰ سال کی عمر کے بعد پیدا ہوتے ہیں۔ حنجرہ کے درونی سرطانی سلعات کی ابتدا ذیل کے مقامات پر

ہوتی ہے :۔ (۱) احبال الصوت پر، پچھلے خطوں کے نسبت زیادہ عام طور پر اگلے اور مرکزی خطوں میں۔ (۲) تحت المزمار (subglottic) خطے میں زیادہ عام طور پر حنجرہ کے اگلے حصے میں۔ حبل صوتی کا سرطانی سلعہ عرصہ دراز تک حبل تک اور اس کے ہم پہلو جانب حنجرہ میں محدود رہ سکتا ہے لیکن بالآخر اس کا مقامات ذیل تک پھیل جانا بھی ممکن ہے :۔ (الف) اگلے ملتقی کے آر پار۔ (ب) تحت المزمار خطے میں۔ (ج) اسبوجیبات میں۔ ممکن ہے کہ بالآخر سارا حنجرہ ماؤف ہوجائے۔ آخری درجوں میں یہ متقرح ہوجاتا ہے، اسکے حاشیوں کے آس پاس روئیدگیاں پھوٹ نکلتی ہیں، اور یہ بھی اپنی باری سے متقرح ہوجاتی ہیں۔ اکثر سطح پیپ سے، یا دموی مخاطی پیپ (sanguineous muco-pus) سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، اور کبھی کبھی آزادانہ نزف ہوسکتا ہے۔ اذیمائی التہاب حنجرہ اور التہاب گرد غضروفی (perichondritis) بطور نتیجہ پیدگیوں کے واقع ہوتے ہیں۔ اس میں شبہ نہیں کہ بعض اوقات بلعوم کے سرطانی سلعہ کے پھیلنے سے حنجرہ ماؤف ہوجاتا ہے (حنجرہ کا بیرونی سرطانی سلعہ)۔

علامات۔ ابتدائی ترین علامت یہ ہے کہ آواز بیٹھ جاتی (huskiness) ہے یا بھرائی ہوئی ہوتی ہے۔ حنجرہ بین سے امتحان کرنے پر ایک رسولی ظاہر ہوتی ہے۔ ابتدائی ترین درجوں میں حبل صوتی اکثر حرکت پذیر ہوتی ہے، لیکن جب بالبداہت پھیل جاتی ہے تو مثبت ہوجاتی ہے۔ آخری درجوں میں ممکن ہے کہ شدید درد، اور بہر (dyspnœa) ہو۔ جوں جوں تقرح بڑھتا جاتا ہے تنفس بدبودار ہوتا جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ نزف واقع ہوجائے۔ تاوقتیکہ مرض کا اخیر درجہ نہ ہو، غدد کا ماؤف ہونا بہت شاذ ہے۔

تشخیص کا انحصار، آخرالامر حیوی معائنہ (biopsy) پر ہوتا ہے۔

انذار۔ اگر اس حالت کی تشخیص ابتدائی ترین درجہ میں ہوگئی ہے تو انذار نسبتہً زیادہ امید افزا ہوتا ہے۔ اکاون مریضوں کے ایک سلسلہ میں جس میں حنجری انشقاق (laryngo-fissure) کے بعد رسولی نکالدی گئی تھی، ایک سے تیرا سال بعد تک ۸۰ فیصدی میں نکس مرض نہیں ہوا، لیکن ان میں سے چوتھائی مریض دوسرے اسباب سے ہلاک ہوگئے۔ ۱۶ فیصدی میں مقامی نکس (local recurrence) واقع ہوا۔ فوری عملیتی ہلاکت نہایت تھوڑی تھی (۴)۔

علاج یہ ہے کہ حنجری انشقاق (laryngo-fissure) کے بعد رسولی کا استیصال کر دیا جاتا ہے۔ یا یہ کہ درقی جناح میں سے ایک دریچہ نما جزوی استیصال کیا جاتا ہے اور اس کی راہ سے بالید کے بیرونی رخ تک ریڈیم سوئیاں داخل کی جاتی ہیں۔

حنجرہ میں اجسامِ غریبہ

(foreign bodies in the larynx)

مختلف اوقات میں حنجرہ کے اندر کثیر التعداد اجسامِ غریبہ (foreign bodies) داخل ہو گئے ہیں۔ انھیں میں سے مٹر، پھلیوں کے بیج (beans) بٹن، سکّے، ہڈیوں کے ٹکڑے، کوڑیاں، سنگریزے، مصنوعی دانت، ٹھوس غذا کے ٹکڑے، اور بچوں کے کھلونوں کے ٹکڑے ہیں۔

علامات کی تقسیم تین درجوں میں کیجا سکتی ہے:۔ (۱) ابتدائی تشنج (initial spasm) جو کہ کھانسی کے ایک شدید دورے کی شکل میں ہوتا ہے، جس سے بالعموم داخل شدہ شے نکل جاتی ہے۔ اگر یہ واقع نہ ہو تو ممکن ہے کہ تسدّد فوراً مہلک ثابت ہو جائے۔ لیکن اگر ایسا نہ ہو تو اسکے بعد (۲) ایک زمانۂ سکون (quiescent period) واقع ہوتا ہے، جو چند گھنٹوں سے لیکر بہت برسوں تک قائم رہ سکتا ہے۔ علامات اتنے خفیف ہو سکتے ہیں کہ مریض یا اس کے احباب کو ہمیشہ یہ معلوم نہیں ہوتا کہ ایک جسمِ غریب اندر داخل ہو گیا ہے۔ (۳) درجۂ التہاب، جو سرایت کے باعث ہوتا ہے، ثانوی علامات، آواز کا بیٹھ جانا (hoarseness) درد، کھانسی، وغیرہ پیدا کر دیتا ہے۔

ہر درجہ میں جسمِ غریب کی وضع کا تغیّر دفعتہً موت پیدا کر سکتا ہے۔

علاج ۔ پہلے درجہ میں سر کو پکڑ کر نیچے جھکانا مفید ہے تاکہ جسمِ غریب اپنی جگہ سے ہٹ کر نکل جائے۔ اگر علامات خطرناک نظر آئیں تو قصبہ شگافی (tracheotomy) کا عملیہ کر دینا چاہیئے۔ دوسرے درجہ میں جسمِ غریب کا تعیینِ مقام کر کے اُسے ایک دروں بین (endoscope) کی وساطت سے نکال دینا چاہیئے۔ اگر جسمِ غریب لاشعاعوں (X-rays) کے لئے غیر شفاف ہے تو یہ بھی اسکے تعیینِ مقام کیلئے

208

مفید ہو سکتی ہیں۔

عضلات حنجرہ کا شلل

چونکہ بازگرد حنجری عصب (recurrent laryngeal nerve) یعنے حنجرہ کا خاص حرکی عصب ایک ممیز و مخصوص اثر رکھتا ہے لہٰذا ان عضلات کا شلل بسا اوقات اس سے بہت زیادہ تشخیصی اہمیت رکھتا ہے کہ جتنی ایک مقامی طور پر پیدا ہونے والی تکلیف کی ہوتی ہے۔ لیکن یہ نہ صرف اعصاب حنجری کے ضررات سے بلکہ ان کے مبداء سے اوپر عصب ثانیہ کے ضررات سے اور جہاں نواتے واقع ہیں وہاں نخاع مستطیل کے ضررات سے بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ چنانچہ حنجری شلل بصلی شلل (bulbar paralysis) کا جزو ہوتا ہے یا آتشک سے اور سلعات سے جو کہ نخاع مستطیل کو اور پچھلے جمجمی حفرہ کے ام جافیہ کو متاثر کرتے ہیں پیدا ہوتا ہے اور کبھی کبھی ہزال ظہری (tabes dorsalis) شلل عمومی (general paralysis) نخاعی جوفیت (syringomyelia) اور منتشر تصلب (desseminated sclerosis) کے ساتھ پایا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ عصب ثانیہ گردن میں کی رسولیوں اور بڑھے ہوئے غدد سے دب جائے یا گولیوں کے زخموں یا چیرکوں (cuts) سے جو حادثہ کا نتیجہ ہوں یا جراحی عملیہ کے دوران میں لگے ہوئے ہوں متضرر ہو جائے۔ بازگرد حنجری اعصاب دو مقامات پر خطرے میں ہوتے ہیں یعنے سینہ اور گردن میں اور چونکہ بایاں عصب محراب اورطی کے گرد خم کھاتا ہے اسلئے اُسکے متضرر ہونے کا زیادہ امکان ہوتا ہے لیکن دایاں عصب زیر ترقوی شریان سے نیچے نہیں جاتا۔ مزمن سل ریوی (chronic phthisis) میں راس شش پر کی لیفی دبازت کے اندران دونوں میں سے کوئی بھی ماؤف ہو سکتا ہے لیکن بایاں عصب محراب اورطی کے انورسما اوسطی سلعات (mediastinal tumours) بڑھے ہوئے شعبی غدد اور مطرانی ضیق (mitral stenosis) کی اصابت میں ایک متسع بائیں اذین سے دب جانے کا خاص امکان رکھتا ہے۔ گردن میں دونوں اعصاب حنجرہ کی طرف صعود کرتے ہوئے قصبۃ الریہ اور مری کے درمیان واقع ہوتے ہیں چنانچہ ممکن ہے کہ آخر الذکر کے سرطانی سلعیہ میں دونوں بیک وقت ماؤف ہو جائیں یا بڑھے ہوئے تسمم درقی سے دب جائیں۔ شلل کا وقوع

دفتھیریا، انفلوئنزا، التہاب رماد الدماغ (polio-encepalitis) اور دوسرے ساری امراض، مزمن الکحلیت، اور سیسہ اور سنکھیا کے زہر کے باعث بھی ہو سکتا ہے۔

ان تمام مثالوں میں شلل، سب سے پہلے احبال صوتی کے مبعد عضلات کو متاثر کرتا ہے اور بعد میں مقرب عضلات ماؤف ہوتے ہیں۔ جب صرف مقرب عضلات کا فعل زائل ہو تو عارضہ وظیفی (functional) یا ہسٹریائی ہوتا ہے (ملاحظہ ہوں مابعد صفحات)

صوتی احبال کا مکمل شلل جب حبل صوتی کو حرکت دینے والے تمام عضلات مشلول ہو جاتے ہیں تو حبل، تقریب اور تبعید کے درمیان ایک وضع، جس کو جیفی وضع (cadaveric position) کہتے ہیں، اختیار کر لیتی ہے۔

ایسی صورت میں آواز کمزور ہوتی ہے، اور اگر زور سے بولنے کی کوشش کی جائے تو آواز کا ارتفاع (pitch) بلند ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے یہ دھیمی ہو کر سرگوشی کی سی ہو جائے۔ کھانسنا ناممکن ہوتا ہے، نیند کے دوران میں پرشور صرصرہ پایا جاتا ہے، حقیقت یہ ہے کہ ڈھیلے احبال کے باہم چپسے جانے کی وجہ سے جو اختصاص کا خطرہ ہے وہ قصبہ شگافی کی ضرورت لاحق کرتا ہے۔ یہ حالت مثالی طور پر ہزال ظہری (tabes dorsalis) میں دیکھی جاتی ہے۔

عضلاتِ مُبَعِّدہ کا شلل (paralysis of the abductors)۔

اگرچہ کہ بازگرد حنجری اعصاب میں، جو حلقی درقی عضلہ (crico-thyroid) کے سوائے حنجرہ کے تمام عضلات کو عصبی رسد پہنچاتے ہیں، عضلات مُقرِّبہ (adductors) اور عضلات مُبَعِّدہ (abductors) دونوں کے لئے ریشے موجود ہونے چاہئیں، تاہم یہ حیرت ناک واقعہ ہے کہ ان اعصاب کے جلی ترقی پذیر ضررات (سلعات یا انورسما سے دبکاؤ ہونا) ابتداءً صرف عضلاتِ مُبَعِّدہ (abductors) (پچھلے حلقی سبوچی عضلات = crico-artænoidei posterior) کا شلل پیدا کرتے ہیں۔ یہ صرف بعد میں ہوتا ہے کہ داخلی عضلاتِ ناشرہ (internal tensors) (درقی سبوچی عضلات = thyro-arytænoidei) متاثر ہوتے ہیں اور سب سے آخر میں خاص

209

عضلات مُقرّبہ (adducctors) (حلقی مُسوحی جانبی عضلات = crico-arytænoidei laterales) ماؤف ہوتے ہیں۔ مُبعّد ریشے ایک علیحدہ بنڈل بناتے ہیں، جو کہ تتے کے باز گرد حنجری عصب میں مقرّب ریشوں سے اندر کی طرف واقع ہوتا ہے (Risien Russell)۔ لیکن سارے عصب کو ماؤف کرنے والے ضررات سے اُن کے زیادہ ماؤف ہوجانے کے امکان کی وجہ جیسا کہ تجربہ سے بتلا دیا گیا ہے، بظاہر یہ ہے کہ وہ بیرونی اثرات کی مدافعت کی قوتیں نسبتہً کم رکھتے ہیں۔ عضلاتِ مبعّدہ کا شلل نخاع مستطیل کے ضررات سے بھی پیدا ہوتا ہے، جہاں یہ خیال کیا جاسکتا ہے کہ اس کا انحصار بعض اوقات مبعّد ریشوں کے نواتہ کی جُداگانہ ماؤفیت پر ہے، اگرچہ ایسے حالات کے تحت تنہا عضلات مُقرّبہ کا شلل کبھی نہیں پیدا ہوتا۔ عضلاتِ مبعّدہ کے اِس طریقہ سے پیدا ہونے والے شلل کے عام ترین متلازمات آتشک اور ہزال (tabes) ہیں۔ یہ نوٹ کرنا چاہئے کہ عضلات مبعّدہ کے کوئی فوق النواتہ (supra-nuclear) ضررات نہیں ہوتے۔ غالباً عضلات مُبعّدہ کا شلل بعض اوقات ایک ایسے تغیر کا نتیجہ ہوتا ہے جو اولی طور پر عضلہ کے اندر واقع ہوتا ہے۔

ضرر کا یہ اثر ہوتا ہے کہ دورانِ تنفس میں حبل صوتی، چونکہ وہ کامل طور پر تبعید یافتہ (abducted) نہیں ہوتی، لہٰذا جبینی وضع میں رہتی ہے، اور ابتداءً ہوا کے گذر کے لئے وافر فضاء دیتی ہے۔ لیکن کچھ عرصہ کے بعد مخالف العمل عضلہ، یعنے عضلۂ مقرّبہ (adductor) منقبض ہوجاتا ہے اور حبلِ صوتی تقریب (adduction) کی وضع میں کھنچ آتی ہے۔ اِس طرح عضلات مُبعّدہ کے دوجانبی شلل میں احبال الصوت مستقلاً خطِ وسطی میں ایک دوسرے سے قریب آجاتے ہیں اور اُن کا درمیانی فاصلہ $\frac{1}{10}$ انچ سے کم رہجاتا ہے۔ تصویت کی کوشش کرنے پر وہ خط درمیانی میں پورے طور پر مل جاتے ہیں۔ شہیق کرنے پر وہ جُدا نہیں ہوتے بلکہ ایک دوسرے سے قریب تر کھنچ آتے ہیں۔ زفیر کرنے پر وہ شاذ ہی حرکت کرتے ہیں، یا شہیق میں جو اُن کی خفیف سی حرکت ہوئی تھی اس کے برعکس معنوں میں حرکت کرتے ہیں۔ اہم علامت بُہر (dyspnœa) ہے، جو مریض کی مستقل تنگی کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ عموماً دورانِ شہیق میں صرصرہ (stridor) ہوتا ہے، جو زور لگانے پر خراب تر ہوتا ہے، اور نیند میں اکثر نہایت بلند ہوجاتا ہے۔ آواز صاف، یا کسی قدر بیٹھی ہوئی ہوتی ہے۔ کھانسنے کا عمل پورے طور پر انجام دیا جاسکتا ہے۔

جب صرف ایک حبل صوتی مشلول ہوتی ہے تو بحر صرف زور لگانے پر ہوتا ہے' اور صرصرہ کم یا غیر موجود ہوتا ہے۔ تصویت کرنے پر تندرست حبل صوتی' مشلول حبل صوتی سے خط وسطی کیطرف آدھر مل جاتی ہے' اور آواز طبعی رہتی ہے۔

تشخیص۔ عضلات مبعّدہ کا شلل ان حالتوں سے خلط ملط ہو سکتا ہے:۔ عضلات مقرّبہ (adductors) کا تشنج' تقریب کی وضع میں سبوحیات کی جسادۃ (ankylosis)' اور احبال الصوت کا بگڑا ہوا فعل جس میں وہ دوران شہیق میں بجائے باہر کے طرف کے اندر کی طرف حرکت کرتے ہیں۔ جب سبوحیہ جاسی (ankylosed) ہوتا ہے تو حبل صوتی بالکل ثبت شدہ ہوتی ہے' اور مفصل کے گرد وپیش عموماً کچھ دبازت ہوتی ہے۔

یہ یاد رکھنا اہم ہے کہ وہ ضرر جو عضلات مبعّدہ کا یک جانبی یا دو جانبی شلل پیدا کرتا ہے' دباؤ (انورسما' رسولی) سے یا ندبہ (cicatrix) (آتشک) کی وجہ سے ساتھ ہی قصبتہ الریہ کی تنگی بھی پیدا کر سکتا ہے' اور ایسی صورت میں آخر الذکر کی وجہ سے جو صرصرہ (stridor) اور بہر پیدا ہوتا ہے وہ غلطی سے اول الذکر کے ساتھ منسوب کیا جا سکتا ہے۔ قصبی تنگی عموماً زفیری اور شہیقی صرصرہ پیدا کر دیتی ہے۔ تاہم حنجری تنگی کی موجودگی میں ایک قصبی تسدد کو یقینی طور پر شناخت کر لینا کسی طرح آسان نہیں (نیز ملاحظہ ہو صفحہ 129)۔ اسکے بعد شلل کے بعید سبب کو' دوسرے علامات (مثلاً ہزال نخاع اور مرکزی عصبی ضررات کی طرف اشارہ کرنے والے یا صدری انورسما یا گردن اور سینہ کی رسولیوں کی طرف اشارہ کرنے والے علامات) پر غور کر کے تشخیص کرنا پڑتا ہے۔ بائیں حبل صوتی کے شلل کا ایک نہایت کثیر الوقوع سبب انورسما ہے۔ [illegible] ہے کہ امتحان واذرمن اور رانجنی شعاعوں کا استعمال کرنا پڑے۔

انذار عموماً خطرناک ہوتا ہے۔ باستثناء اس صورت کے کہ جہاں آتشک سبب مرض ہو' شفایابی کی بہت کم امید ہے۔ جب دونوں طرف تبعیدی شلل موجود ہو تو دم گھٹ کر موت کے واقع ہو جانے کا خطرہ ہمیشہ موجود رہتا ہے۔ اگر عضلات مقرّبہ (adductors) بعد میں مشلول ہو جائیں تو تنفس کے تسدد میں کمی واقع ہو جاتی ہے' لیکن بے صوتی (aphonia) پیدا ہو جاتی ہے۔ ایسے اولی ضرر مثلاً سرطان مری (œsophageal cancer) یا دوسرے انورسما سے موت واقع ہو سکتی ہے یہ رانی طویل المدت

اصابتوں میں یہ پچھلے حلقی سبوچی عضلات بالکل مدبول ہوجاتے ہیں۔

علاج۔ اگر دوہرے شلل کا سبب مرکزی ہے، یا اگر آتشک اُس کا سبب ہے تو مستعدی کے ساتھ دافع آتشک علاج کا انتظام کرنا چاہیئے۔ لیکن اگر چند ہفتوں میں کوئی اصلاح نہ ہو، اور اگر بہر مستقل ہو، یا شبانہ حملے واقع ہوتے ہوں، تو قصبہ شگافی کا عملیہ کردینا چاہیئے اور نلی ہمیشہ لگائے رکھنا چاہیئے۔

210 یک جانبی شلل میں اختناق (asphyxia) کا خطرہ نسبتہً کم ہوتا ہے، اور علاج میں بالخصوص ازالۂ سبب کا خیال رکھنا چاہیئے۔

عضلاتِ مُقرِّبہ کا شلل (paralysis of the adductors)۔ یہ ایک فعلی اختلال ہے، اور تنہا ساخت کے ضررات سے اس کا وقوع شاذ ہوتا ہے۔ عضلاتِ مُقرِّبہ یہ ہیں:۔ جانبی مُقرِّبات یعنی حلقیٔ سبوچی جانبی عضلات (crico-arytænoidei laterales) اور مرکزی مُقرِّب یعنی عضلۂ سبوچیہ حقیقی (arytænoideus proprius)۔ عضلۂ درقی سبوچی (thyro-arytænoidei) کے اندرونی ریشے یعنی داخلی عضلاتِ ناشرہ (internal tensors) بھی احبال الصوت کے اگلے حصّوں کے مُقرِّب کے طور پر عمل کرتے ہیں۔ عضلاتِ مُقرِّبہ کی عام ترین قسم میں یہ سب ماؤف ہوجاتے ہیں۔ حنجرہ بین سے امتحان کرنے پر مزمار چوڑا کھلا ہوا دکھلائی دیتا ہے۔ بولنے کی کوشش کرنے پر احبال الصوت بمشکل حرکت کرتے ہیں، بلکہ حنجرہ کے جوانب میں ساکن رہتے ہیں۔ چونکہ احبال ایک دوسرے سے قریب نہیں لائے جاسکتے، لہٰذا مریض صرف سرگوشی میں بات کرسکتا ہے اور کوئی حنجری آواز نہیں پیدا ہوتی، اگرچہ ممکن ہے کہ بعض اوقات زور لگانے سے احبال ایک لمحہ کے لئے متماس ہوجائیں۔ کھانسنا، جس میں غیر ارادی معکوس فعل کے ذریعہ احبال الصوت ایک دوسرے سے قریب لائے جاتے ہیں، عموماً کامل طور پر ہوتا ہے۔ اور مزمار کی کھلی ہوئی حالت کی وجہ سے بہر (dyspnœa) نہیں ہوتا۔ یہ فعلی یا ھسٹیریائی بےصوتی (functional or hysterical aphonia) کہلاتی ہے، لیکن یہ اکثر حنجرہ کی خفیف سی نازلت سے شروع ہوجاتی ہے، مثلاً سل ریوی کے ابتدائی ترین درجہ میں، یا خراشِ حلق سے، یا دوسری مقامی تکلیف سے، خواہ یہ واضح طور پر ہسٹیریائی اشخاص میں ہوں یا عدم دمویت یا عام کمزوری

دوسرے مریضوں میں۔ مدتی مزاولت میں یہ جذباتی صدمہ (emotional shock) کی وجہ سے نوجوان عورتوں اور لڑکوں میں واقع ہوتی ہے، اور فرد خوف کی وجہ سے ساکت ہو جاتا ہے۔ میدانِ جنگ کے معذور الخدمت قرار دئے ہوئے سپاہیوں میں بے صوتی کی کثیر التعداد اصابتوں میں سے بیشتر کی توجیہ بھی یہی ہونی چاہئے، بالخصوص جبکہ وہ توپوں کی گولہ باری کی زد میں رہ چکے ہوں، یا دھماکوں کے بعد مدفون ہو گئے ہوں، یا کسی اور طرح سے براہِ راست زخمی ہو چکے ہوں۔ بعض اصابتیں ایسی ہیں کہ جن میں بچہ اُس انبوبۂ قصبہ شگافی (tracheotomy tube) کو نکال دینے کے بعد جسے وہ چند ہفتوں تک پہن چکا ہو، بولنے سے قاصر رہتا ہے، یہ بھی عضلاتِ مُقرّبہ کے فعلی استرخاء (functional adductor paresis) کے باعث ہوتی ہیں۔

بعض اوقات عضلاتِ مُقرّبہ کا شلل کم وسیع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ تنہا داخلی عضلاتِ ناشرہ (internal tensors) ہی ماؤف ہوں، چنانچہ تصویت کی کوشش پر احبال الصوت کا تماس پیدا نہیں ہوتا، اور ہر حبلِ صوتی اپنے اگلے نصف میں خطِ وسطی کی سمت ایک مقعر حاشیہ پیش کرتی ہے۔ اور بعض اوقات مرکزی مُقرّب عضلہ (central adductor) مشلول ہو جاتا ہے، اور اس صورت میں احبال الصوت کے اگلے حصے متماس ہوتے ہیں، اور پیچھے سبوحی کریوں کے درمیان، ایک مثلثی فضا کھلی رہ جاتی ہے۔ یہ آخری دو قسمیں نازلئی التہابِ حنجرہ (catarrhal laryngitis) کے دوران میں غیر عام نہیں۔ ممکن ہے کہ یہ دونوں ایک ساتھ واقع ہوں، اور اس طرح آگے اور پیچھے نقصِ مواصلت پیدا کر دیں، اس حالت میں کہ صوتی زائدات (processus vocales) متماس رہیں۔ ان اصابتوں میں آواز کا جاتا رہنا اتنا مکمل نہیں ہوتا جتنا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے۔

ان حالتوں کی تشخیص منظارِ حنجرہ میں (laryngoscope) سے بہ آسانی ہو جاتی ہے۔ بلکہ اس کے بغیر بھی، مریض کی بے آوازی اور بہر صورت کھانسی اور نفث (expectoration) کی غیر موجودگی، اور بالارادہ کھانسنے کی قوت کافی طور پر ممیز ہیں۔ لیکن اگر نازلت کی کوئی مرئی شہادت موجود ہو تو اس کے بنیادی نذرتی ضرر کے امکان کو فراموش نہیں کرنا چاہئے۔

انذار امید افزا ہوتا ہے، اور بہت برسوں کے مریضوں کا بالآخر شفایاب

ہو جانا ممکن ہے۔

علاج۔ فعلی بے صوتی کو ہسٹیریا کی ایک علامت سمجھنا چاہیئے اور اسی کی طرح اس کا علاج کرنا چاہیئے۔ بیشتر اصابتوں میں وہ ایعاز (suggestion) اور باز تربیت (re-education) کے ذریعہ دور کی جا سکتی ہے۔ بعض مثالوں میں پہلے یہ حقیقت سمجھا دینا چاہیئے کہ یہ کمزوری کسی عضوی مرض کے باعث نہیں، بلکہ کم و بیش ایک فراموش شدہ عادت کی قسم سے ہے، پھر مریض کو کھانسنے اور اس شور کو "آ آ" ("a-a-h") کی شکل میں لمبا کرنے پر مائل کرنا چاہیئے۔ اس سے اسے حرف "اے" ("A") پر لیجاتے ہیں، اور اسی طرح، حروف علت سے شروع کر کے سارے حروف تہجی ختم کرادئے جاتے ہیں۔ اب مریض کی دلجمعی ہوتی ہے اور اس پر یہ روشن ہو جاتا ہے کہ وہ لفظوں اور جملوں کے بنانے میں ٹھیک طور پر تقویت کر سکتا ہے۔ اگر تدرن کا کوئی شبہ ہو تو یہ طریقہ نہیں استعمال کرنا چاہیئے۔ دوسری اصابتوں میں باہر کے طرف حنجرہ کے قرب و جوار میں یا حلق کی پشت پر فیرادی رو کا لگانا ایک انگھڑ ایعازی علاج (crude suggestive treatment) کے طریقہ کے طور پر مفید ہو سکتا ہے۔ اگر ایسے طریقوں سے علامت پر اثر نہ پڑے یا وہ عود کر آئے، یا اگر وہ ہسٹیریا کی دوسری شہادتوں کے ساتھ متلازم ہو تو مزید علاج ان اصول پر اختیار کرنا چاہیئے جن کی سفارش اس عنوان کے تحت کی گئی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 791)۔

211

تشنج مزمار

(spasm of the glottis)

اس مرض میں عضلات مقربہ (adductors) تشنجی طور پر منقبض ہو کر مزمار کی کامل مسدودی واقع ہو جاتی ہے جو ہوا کے داخلہ کو روک دیتی اور اختناق (asphyxia) بلکہ موت پیدا کرتی ہے۔ یہ ہر عمر میں ہو سکتا ہے، لیکن شیرخواروں میں اس کی مندرجہ ذیل صورت بالخصوص کثیر الوقوع ہے۔

حنجری تشنج صغیر (laryngismus stridulous) (تشنجی کرآپ) (spasmodic croup: childcrowing; صیاح الطفل) یہ تین ماہ اور دو سال کی عمر کے درمیان واقع ہوتا ہے، لڑکیوں کے نسبت لڑکوں میں زیادہ عام ہے۔ اس میں

ناقص صحی حالات ممیّز ہوتے ہیں، اور یہ غربا میں، اور اُن بچوں میں زیادہ کثیر الوقوع ہے جنھیں اوپر کی غذا دی گئی ہو، یا جنھیں بیمار اور نیم فاقہ زدہ ماؤں نے دودھ پلایا ہو۔ اصابتوں کی غالب تعداد (۵۰ فیصدی) میں کساحت (rickets) کے آثار موجود ہوتے ہیں، اور یہ مرض اکثر اُن بچوں میں لاحق ہوتا ہے جو تکزز (tetany) کے علامات رکھتے ہیں۔ صرصری تشنج حنجرہ کالی کھانسی کے بعد بھی واقع ہو جانے کا امکان رکھتا ہے۔ اسکے حملے شبانہ روز ہوتے ہیں، لیکن متعدد اسباب تشنج کی تحریک پیدا کر سکتے ہیں، مثلاً رونا، چھاتی چوسنا، تیز حرکات، حنجرہ سے نیچے دودھ کا داخل ہو جانا، معدہ میں ناقابل ہضم غذا کی موجودگی، تسنین (dentition) کی خراش، اور سخت غصّہ میں آنا۔ لیکن اکثر بلا کسی ایسے نمایاں پیشرو کے حملے واقع ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ بچہ خاصی اچھی صحت کی حالت میں ہو اور اُسی وقت یہ دیکھنے میں آئے کہ وہ کبھی کبھی ایک خفیف نعیب نما آواز (crowing sound) نکالتا ہے۔ ممکن ہے کہ ایسا وقفوں کے ساتھ مکرر ہو اور کوئی اندیشہ نہ پیدا کرے، لیکن بتدریج ایسا زیادہ بار بار ہونے لگتا ہے۔ تنفس میں مداخلت، جو ابتداءً صرف نعیب سے ظاہر ہوتی تھی، کچھ عرصہ کے بعد زیادہ نمایاں ہو جاتی ہے۔ سانس موقوف ہو جاتی ہے، سینہ مثبت، اور چہرہ شاحب اور کبود ہو جاتا ہے، سر پیچھے کو گر جاتا ہے، اور وجہی عضلات میں قدرے جھٹکے واقع ہوتے ہیں۔ تھوڑے عرصہ میں تشنج ڈھیلا پڑ جاتا ہے، اور ہوا ایک بلند نعیب نما شور کے ساتھ مزمار کی راہ سے اندر داخل ہوتی ہے جو اب بھی ناکمل طور پر ہی کھلا ہوا ہوتا ہے۔ بچہ اور چند ہی منٹ کے بعد اپنے کھلونوں میں پھر مشغول ہو جاتا ہے۔ شدید ترین اصابتوں میں مزمار کے تشنج کے ساتھ تکزز (tetany) کے رُسغی قدمی انقباضات (carpopedal contractions) بھی ہوتے ہیں۔ انگلیاں خمیدہ ہو کر ہتھیلیوں میں آ جاتی ہیں، انگوٹھا انگلیوں کے اندر ہو جاتا ہے اور ہاتھ کلائی پر خمیدہ ہو جاتا ہے۔ ٹانگیں پھیل جاتی ہیں، پاؤں ٹانگوں پر خمیدہ ہو جاتے ہیں، تلوے اندر کی طرف مڑ جاتے ہیں، اور پاؤں کا انگوٹھا دوسری انگلیوں سے دُور ہٹ جاتا ہے۔ ان پر عمومی تشنجات (general convulsions) مستزاد ہو سکتے ہیں۔ کبھی کبھی دَورے کے دوران میں، تنفس بالکل موقوف ہو جانے کی وجہ سے، موت واقع ہو جاتی ہے۔ اور چونکہ نعیب دراصل اس امر کی علامت ہے کہ

تشنج ڈھیلا پڑ رہا ہے' لہٰذا یہ دیکھا جائے گا کہ مہلک اصابتوں میں موت نہایت خموشی کے ساتھ واقع ہو جاتی ہے۔

تشخیص۔ علامات نہایت ممیز ہوتے ہیں' اور کسی دوسرے مرض کے علامات سے بہ آسانی خلط ملط نہیں ہوتے۔ بخار کی غیر موجودگی' حملہ کی قلیل المدتی' دوروں کے درمیان حالت کا بالکل تندرست ہونا' یہ سب اسے التہاب حنجرہ سے ممیز کرتے ہیں۔ جسم غریب کی موجودگی اس سے مشابہت پیدا کر سکتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 207)۔

انذار۔ بیشتر مریض کلی طور پر شفایاب ہو جاتے ہیں' لیکن کبھی کبھی موتوں کا اندراج ہوا ہے۔

علاج۔ اس پر مریض کی عام صحت' اور حملوں کے وقوع کے لحاظ سے غور کرنا پڑتا ہے۔ بچہ کو فی الفور حتی الوسع بہترین صحی حالات کے تحت رکھنا چاہیئے؛۔ یعنے تازہ ہوا' خوب تروبج وار کمرے' اور جہاں اس کی غذا ناکافی یا ناموزوں ہو اس میں اصلاحات کی جائیں (ملاحظہ ہو کساحتہ) اور آنتوں کی طرف توجہ کی جائے۔ دواءً کاڈ مچھلی کا تیل (cod liver oil) 'یا کاڈ مچھلی کا تیل معہ خلاصہ مالٹ (malt extract) کے نہایت مفید ہے' اور پوٹاسیئم برومائڈ بچہ کی عمر کے لحاظ سے ۲ تا ۵ گرین کی خوراکوں میں دن میں تین بار' اور کلورل (chloral) کی تھوڑی مقداریں دیجا سکتی ہیں۔ اگر حملے خفیف ہوں' تو بچہ کو سر سے پاؤں تک روزانہ دو یا تین بار' بہ لحاظ موسم' ٹھنڈے یا نیم گرم پانی سے اسفنج کر دینے سے وہ جلد رک جاتے ہیں۔ زیادہ شدید دوروں میں' سر کو اٹھا ہوا رکھنا چاہیئے' سرد پانی سے بھگوئے ہوئے تولیہ سے اسکی جسم کی سطح اور چہرے کو تھپکنا چاہیئے' اور نتھنوں کے قریب امونیا یا ایسیٹک ترشہ تھام رکھنا چاہیئے' یا اسکے بدن کو گرم پانی میں ڈبو کر سر اور چہرے پر ٹھنڈا پانی ڈالنا چاہیئے۔ انگلی ڈالکر اسکے برمزمار (epiglottis) کو آگے کی طرف کھینچ لینا چاہیئے۔

212 تشنج مزمار بالغوں میں۔ یہ زیادہ اکثر التہاب حنجرہ' اذیمائی حنجرہ' شللی حالتوں' یا اجسام غریبہ کی موجودگی کے تعلق میں واقع ہوتا ہے' نیز یہ صرع (epilepsy)' داءالرقص (chorea)' کزاز (tetanus)' آب ترسی (hydrophobia) اور ہزال ظہری (tabes dorsalis) میں ایک خطرہ ہو سکتا ہے۔ آخر الذکر مرض میں یہ حنجری حرجہ

(laryngeal crisis) کی شدید تر شکل ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 679)۔ اور یہ ایک تندرست حنجرہ میں ہو سکتا ہے، یا ایسے حنجرہ میں ہو سکتا ہے جو کہ شلل سے پہلے ہی ماؤف ہو اور ایسی صورت میں شلل بالعموم مُتعدد قسم کا ہوتا ہے۔ حنجرہ کے اندر ریق، یا غذا یا مشروب کے چھوٹے ذرات کا داخلہ نہایت خطرناک تشنج پیدا کر سکتا ہے، اور اکثر حنجرہ کی مخاطی جھلی پر دوا آمیز محلولات کے لگانے سے بھی کسی قدر تشنج پیدا ہو جاتا ہے۔ تشنج مزمار اکثر ہسٹیریا کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اِسی سے مِلتا ہوا ایک فعلی تشنج اصوتی تشنج = phonic spasm یا صوتی صعوبت = mogiphonia) ہے جو بعض عصبانی اشخاص میں بولنے کی مشقت سے شروع ہو جاتا ہے اور بولنے کی کوشش چھوڑ دینے پر ڈھیلا پڑ جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ صرف اُن لوگوں تک محدود ہو جو آواز کو عام مجموں میں استعمال کرتے ہیں، جیسے کہ گانے والے اور پڑھانے والے۔

علاج ۔ پہلی جماعت کی اصابتوں میں کلوروفارم (chloroform)، ایمیل نائٹرائیٹ (amyl nitrite)، ویپر کونائنی (vapour coninæ)، یا جلتے ہوئے سٹرامونیئم (stramonium) کا استنشاق کرانا چاہیئے، بشرطیکہ یہ وقت پر میسر آجائیں ورنہ ممکن ہے کہ نصبہ شگافی کی ضرورت لاحق ہو۔ متوالی حملوں کے لئے برومائڈز (bromides) دیئے جا سکتے ہیں۔

ہسٹیریائی اصابتوں کے لئے ہسٹیریا کا عام علاج ضروری ہوتا ہے۔ اور دوسری فعلی حالتوں کا علاج بھی مریض کی عام حالت کے لحاظ سے، نیز تنفسی ورزشوں (breathing exercises) اور تصویتی ورزشوں (exercises in voice production) سے کرنا چاہیئے۔

پیدائشی حنجری صَرصَرہ

(congenital laryngeal stridor)

کبھی کبھی شیر خواروں میں ایک حنجری اختلال لاحق ہو جاتا ہے، جس میں سانس کے ساتھ ایک مخصوص و عجیب غُرغُوں کی آواز (croaking sound) سنائی دیتی ہے۔ عموماً یہ پہلے پیدائش کے بعد جلد ہی سُنائی دیتی ہے، اور طویل عرصوں تک، شاید

سارے دن اور رات بھر جاری رہتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ ایک وقت میں چند گھنٹوں کے لئے غیر موجود ہو۔ یہ غرغون شہیق کے ساتھ واقع ہوتی ہے، اور یا تو ایک کرخت (rough) آواز ہوتی ہے، یا زیادہ صاف اور موسیقی۔ زفیر (expiration) خاموشی کے ساتھ ہوتا ہے۔ کھانسی اور بچہ کا رونا عموماً طبعی قسم کا ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ بین الاضلاع فضائیں قدرے اندر کو چسی ہوئی ہوں، لیکن کوئی کبودی (lividity) شاذ ہی ہوتی ہے۔ بعض اصابتوں میں یہ شور دوران خواب میں ہمیشہ موجود ہوتا ہے اور بعض اصابتوں میں غیر موجود ہوتا ہے۔ جب بچہ ہشاش بشاش یا مچلا ہوا ہوتا ہے تو یہ عموماً زیادہ خراب ہوتی ہے۔ جوں جوں بچہ عمر میں بڑھتا جاتا ہے یہ کم ہوتی جاتی ہے، لیکن سَر فریڈرک ٹیلر (Sir Frederic Taylor) نے اسے اڑھائی سال کی عمر میں بدستور موجود پایا۔ دیگر امور کے لحاظ سے بچہ بالکل تندرست نظر آتا ہے۔

دوران حیات میں اور موت کے بعد، دونوں وقت مزماری روزن نہایت تنگ نظر آتا ہے، برمزمار (epiglottis) اپنے اوپر دوہرا یا ہوا، اور سوچی برمزماری دوہرا ؤ تقریباً متماس ہوتے ہیں۔ لیکن یہ شیر خوار بچہ کے حنجرہ کی طبعی حالت کی محض ایک مبالغہ آمیز حالت ہے، اور ڈاکٹر پیٹرسن (Dr. Patterson) نے پانچ مریضوں میں بلاواسطہ مشاہدہ سے بتلادیا ہے کہ صرصرہ سوچیاتی کے اور حلقیہ کی بالائی کور پر کی ڈھیلی مخاطی جھلی کے ہر شہیق کے دوران میں حنجرہ میں کھنچ آنے اور اس قطع میں مرتعش ہونے کا نتیجہ ہوتا ہے۔

جوں جوں یہ حصے نمویاب ہوتے ہیں، اس تشوہ (deformity) سے پیدا ہو جانے والا تسدد کم ہوتا جاتا ہے۔ کوئی راست علاج راس نہیں آتا۔ اگر اختناق سے زندگی خطرے میں ہو (جو ایک شاذ واقعہ ہوتا ہے) تو قصبہ شگافی کی ضرورت پیش آسکتی ہے۔

حنجرہ کی عدم حسیت

(anæsthesia of the larynx)

یہ ڈفتھیریا، بصلی شلل (bulbar paralysis)، ہزال ظہری (tabes dorsalis) اور شلل عمومی (general paralysis) میں، اور عصب تائیہ یا فوقانی حنجری عصب کے تضرر سے واقع ہو جاتی ہے۔ اسکی شناخت حنجری غشاء مخاطی کی عدم حاسیت

(insensibility) سے کی جاتی ہے' اس وقت جبکہ حنجرہ بین کی مدد سے ایک سلائی ڈالکر اسے چھوا جائے۔ اکثر اسکے ساتھ عسر البلع (dysphagia) اس وجہ سے ہوتا ہے کہ غذا کے ریزے حنجرہ کے اندر داخل ہوجاتے ہیں' جو میکنزی (Mackenzie) کی رائے میں اُن عضلات کے شلل کا نتیجہ ہے جنھیں فوقانی حنجری عصب سے رسد پہنچتی ہے' یعنی وہ عضلات جو دوران ابتلاع میں پرمزمار (epiglottis) کو نیچے لاکر مزمار (glottis) کے بالائی روزن کو بند کردیتے ہیں۔ اُس عدم حسیت کو جو ڈفتھیریا کی وجہ سے ہو عموماً شفا ہو جاتی ہے۔ انذار عموماً ترقی پذیر بصلی شلل (progressive bulbar paralysis) اور اس سے مماثل حالتوں میں خراب ہوتا ہے' کیونکہ اس کا امکان ہوتا ہے کہ غذا پھیپھڑوں کے اندر چلی جائے اور اس طرح ذات الریہ پیدا کردے۔

علاج گیلوانی اور فرادی لاسعات کے ذریعہ سے ہونا چاہئے۔ داخلی طور پر اسٹرکنیا (strychnia) دیا جاسکتا ہے' اور ممکن ہے کہ عسر البلع کی وجہ سے مریوی انبوبہ (œsophagial tube) یعنے اُنبوبہ مری سے غذا پہنچانے کی ضرورت پیش آئے۔

213

کان

کان کے ضروری اجزا تین ہیں۔

(۱) آلۂ ایصال جس کے ذریعہ آوازیں

(۲) آلۂ ادراک یعنی حلزونیہ تک پہنچائی جاتی ہیں جو کہ اندرونی کان کی کثیف ہڈی میں واقع ہے۔ یہاں سے صدمات

(۳) عصب سمعی (حلزونی شاخ) کے ذریعہ دماغ میں چلے جاتے ہیں۔

ایصالی آلہ میں صیوان (pinna) بیرونی سمعی منفذ' اور طبلی غشا جو کہ درمیانی اذن کی بیرونی دیوار ہے' شامل ہیں' اور درمیانی اذن میں استخوانچے یعنی مطرقہ (malleus) سندان (incus) اور رکاب (stapes) واقع ہیں۔ آخرالذکر ایک بانی بند جوڑ کے ذریعہ بیضوی کھڑکی (oval window) کے اندر بیٹھا ہوتا ہے جو کہ اندرونی اذن کے دو عظمی فتحات میں سے ایک ہے۔ دوسرا فتحہ' ایک گول کھڑکی ہے جو کہ ایک غشا کے ذریعہ

بند ہے۔ اندرونی اذن سیال سے بھرا ہوتا ہے۔ درمیانی اذن میں یوسٹیکیائی انبوبہ (Eustachian tube) کھلتی ہے جو کہ انفی بلعوم سے آتی ہے۔ بوقت ابتلاع یہ انبوبہ ایک لمحہ کے لئے کھل جاتی ہے تاکہ درمیانی اذن میں کا دباؤ باہر کے دباؤ کے برابر رہے' اور اس طرح حرکت پذیر طبلی غشاء اپنی طبعی وضع قائم رکھتی ہے۔ سمعی صدمات بطور صوتی امواج بیرونی سمعی منفذ میں داخل ہوکر طبلی غشا پر آپہنچتے ہیں۔ غشا کے ارتعاشات اپنی باری پر مطرقہ' سندان اور رکاب کے ذریعہ منتقل ہوکر بیضوی کھڑکی پر آپہنچتے ہیں۔ ایک متبادل موج طبل کی ہوا کے ذریعہ گول کھڑکی پر پہنچ سکتی ہے۔ ازاں بعد یہ امواج' اندرونی اذن کے سیال کے ذریعہ' حلزونیہ (cochlea) کے اندر کارٹی (Corti) کے ایک نہایت ہی مخصص (specialised) عضو تک منتقل ہوجاتی ہیں۔ یہاں سے صدمات' مرغولی عقدہ کی راہ سے حلزونی عصب تک' اور اس طرح دماغ میں چلے جاتے ہیں۔ اس میکانیہ میں خود اسی مداخلت صمم پر منتج ہوتی ہے۔

صمم۔ بہرے پن کی تین قسمیں شناخت کی جاتی ہیں۔

(ا) ایصالی صمم۔ اس میں بیضوی اور گول کھڑکی کے مقام تک تمام اسباب شامل ہیں۔ اور اس کی مثالیں یہ ہیں: وسخ (wax) یا اجسام غریبہ جو منفذ میں متمکن ہوں۔ درمیانی اذنی نازلت کی تمام اقسام۔ درمیانی اذن کے حاد اور مزمن التہابات۔

(ب) اوراکی صمم۔ وہ اسباب جو کہ حلزونیہ' مرغولی عقدہ اور سمعی عصب کو ماؤف کرتے ہیں۔ اسکو اندرونی اذنی صمم بھی کہتے ہیں۔ ممکن ہے یہ شیخوخی اسباب' آتشک' قرمزی تپ اور تپ محرقہ کا نتیجہ ہو۔ یا بعض پیشوں کا نتیجہ ہو مثلاً جوشارہ گروں یا عمال المغاص (caisson workers) میں' یا ریوالوروں (revolvers)' رائفلوں (rifles) یا بندوقوں کے فائر کی آواز سنتے رہنے کا نتیجہ ہو۔ یا بعض دوائیں خاصکر کونین (quinine) اور سیلی سلیٹز (salicylates) لینے کا یا زیادہ تمباکو پینے کا نتیجہ ہو۔

(ج) عصبی صمم۔ خود سمعی عصب کے اور نیز اسکے مرکزی تعلقات کے ضررات۔ یہ ہمیشہ مکمل بہرا پن ہوتا ہے۔ یہ کبھی (ا) یک جانبی ہوتا ہے' اور اکاف (mumps) یا حلو التہاب تیہ (labyrinthitis) کا' یا سلعات میں سمعی عصب کے ماؤف ہوجانے کا

نتیجہ ہوتا ہے۔ یا (۲) دو جانبی ہوتا ہے' اور نخاعی دماغی التہاب اسحیہ کا' یا خلقی آتشک (اس صورت میں اس کے ہمراہ ہمیشہ رخنکی التہاب قرنیہ اور دو جانبی سمعی عصبی سلعات موجود ہوتے ہیں) کا نتیجہ ہوتا ہے۔

طنین (tinnitus)' دوار (vertigo) اور "مینی ایر" (Meniere) کے مرض کیلئے ملاحظہ ہو "نظام عصبی کے امراض"۔

کان کا درد۔ کان میں یا کان کے گرد و پیش درد ہونا تقریباً ۹۵ فی صدی مثالوں میں' مقامی التہاب کا نتیجہ ہوتا ہے۔ بقیہ ۵ فیصدی مثالوں میں کوئی مقامی سبب دریافت نہیں ہوتا اور درد بعید السبب (referred) ہوتا ہے۔ ان مثالوں کو وجع الاذن (otalgia) کہتے ہیں۔

صیوان الاذن' بیرونی منفذ' اور طبلی غشاء کا امتحان کرنے سے کوئی مقامی سبب دریافت ہو جاتا ہے' جو کہ عام طور پر التہابی ہوتا ہے' مثلاً سرخ بادہ' منفذ میں دنبلات' یا ایک سرخ اور ابھری ہوئی طبلی غشاء' اور ایسی صورت میں مناسب علاج کرنے سے درد کو تسکین ہو جاتی ہے۔ گاہے منفذ میں تقرحات یا درمیانی اذن کا سرطان پائے جاتے ہیں۔ جب کوئی مقامی سبب دریافت نہ ہو تو وجع الاذن کا سبب دریافت کرنے کیلئے تفتیش کا دائرہ بہت وسیع کرنا پڑتا ہے۔

درد' دوسرے حصص سے کہ جن کی رسد انہی اعصاب سے آتی ہے کہ جن سے کان کی آتی ہے' محوّل ہو سکتا ہے (۱) سہ توامی (trigeminal) یہ ممکن ہے حقیقی وجع العصب ہو۔ وجع الاذن بسا اوقات بوسیدہ زیرین دانتوں اور غیر مشقوق (unerupted) عقل کی داڑھوں سے جو کہ تقریباً ہمیشہ زیرین جبڑے میں پائی جاتی ہیں۔ زبان کے مرض' بالید اور تقرحات سے۔ غدہ نکفیہ کے التہابات اور صدغی چانوی مفصل کے التہاب سے محوّل ہوتا ہے۔ (۲) لسانی بلعومی۔ ممکن ہے یہ حقیقی وجع العصب ہو۔ لیکن درد لوزتینکیائی انبوبہ' اور انفی بلعوم (سرطان) یا لوزہ' برمزمار' زبان کی بنیت' سوچی برمزماری ثنیہ اور ناشپاتی نما حفرہ کے التہابی اور تقرحی ضررات سے بھی محوّل ہو سکتا ہے۔ (۳) شوکی عنقی دوسرا اور تیسرا عصب۔ پچھلی جڑوں کا التہاب اور اسکے ساتھ جلد الراس اور صیوان پر نملہ (herpes) شدید وجع الاذن کا باعث ہوتا ہے' اسی طرح عنقی صفیرہ کو متاثر کرنے والے

اضرار بھی۔ (۴) عصب التائیہ (vagus) کی اذنی شاخ، جو کہ بلاشبہ وجہی عصب کے رکبی عقدہ (geniculate ganglion) کے ساتھ قریبی تعلق رکھتی ہے۔ جب اس عقدہ کا التہاب واقع ہوتا ہے تو اس رقبہ پر جو کہ اذنی شاخ سے رسد لیتا ہے نملہ پیدا ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے اسکے ساتھ وجہی شلل اور بہرا پن اور دُوار موجود ہو۔

تحت الحاد التہاب الاذن الوسطی

(sub-acute otitis media)

اس سے درمیانی اُذن کی خفیف سرایت مراد ہے کہ جس کے ساتھ یوسٹیکیائی اُنبوبہ کی نازلت موجود ہو۔ آخر الذکر مسدود ہو جانے کا رجحان رکھتی ہے کہ جس سے ہوا جذب ہو جاتی ہے اور ممکن ہے مصلی ارتشاح موجود ہو، اور طبلی غشا اندر کو کھینچی ہوئی ہوتی ہے۔

علامات۔ کان میں بے آرامی یا خفیف سا درد ہوتا ہے، اور بہرا پن پایا جاتا ہے، جو ممکن ہے بچوں میں نظر انداز ہو جائے۔ مریض کو سر کے دوشاخہ (tuning-fork) کی درمیانی سرتیاں سنائی دیتی ہیں، لیکن پست ترین اور بلند ترین سرتیوں کا ادراک جاتا رہتا ہے۔

علاج یہ ہے کہ انفی جوفوں اور انفی بلعوم میں اگر عفونی ماسکات موجود ہوں تو ان کو دور کیا جاتا ہے، اور یوسٹیکیائی تسدد کا ازالہ کیا جاتا ہے اور بعض اوقات سیال کو نکالا جاتا ہے۔

حادِ ریمی التہاب الاذن وسطی

بحث اسباب۔ درمیانی اذن کی یہ سرایت تقریباً ہمیشہ ایک نبقہ سبحیہ (streptococcus) کی وجہ سے ہوتی ہے، اور بسا اوقات زکام، التہاب لوزتین، تپ قرمزی، کھسرا، انفلوئنزا کے بعد نمودار ہوتی ہے، یا عفونت الدم (septicæmia) کا جزو ہوتی ہے۔ ممکن ہے سارے کا سارا درمیانی اذن ماؤف ہو۔ پس دمویت نمودار ہوتی ہے، اور اسکے بعد طبل کے اندر خون آلود مصل کا ارتشاح ہوتا ہے جو کہ ۴۸ گھنٹہ میں قیحی ہو جاتا ہے۔

علامات۔ کان کا درد بالعموم پہلی علامت ہوتی ہے، لیکن بچوں میں یہ اس قدر

خفیف ہوتا ہے کہ ممکن ہے نظر انداز ہو جائے' اور بالغوں میں ممکن ہے شدید درد سر ہو۔ بہرا پن ہمیشہ اور طنین (tinnitis) اکثر موجود ہوتا ہے۔ کسلمندی جو کہ ہر بخار کے ساتھ پائی جاتی ہے موجود ہوتی ہے۔ دُوار شاذ ہے۔ شیر خوار بچے بعض اوقات سر کو اِدھر اُدھر پھیراتے ہیں اور ممکن ہے ان میں سحائیت (meningismus) نمویاب ہو جائے۔ کان کا امتحان کیا جائے تو پہلے پہل مطرقہ کے دستے (handle) کے پیچھے ایک خط میں سُرخی نظر آتی ہے۔ پھر تشعّعی عروق اس نقطہ سے غشاء کے محیط کی طرف جاتے ہوئے دکھائی دیتے ہیں۔ بعد ازاں سُرخی منتشر ہو جاتی ہے' لیکن غشاء کا پچھلا النصف اگلے نصف کی نسبت ہمیشہ پہلے اور اس سے زیادہ متاثر ہوتا ہے۔ التہابی ارتشاح سے غشا ابھر آتی ہے اور ممکن ہے پچھلے نصف کا انثقاب واقع ہو جائے۔

پیچیدگیاں۔ بعض اصابتوں میں غشا کا انثقاب ہو کر اور گاہے اسکے بغیر صحت یابی ہو جاتی ہے۔ نا مکمل صحت یابی سے مندرجہ ذیل حالتیں پیدا ہو جاتی ہیں۔ (ا) صمم جو کہ بعد میں یوسٹیکیائی انبوبہ کی راہ سے درمیانی اذن کی تنفیخ کر کے کم کیا جا سکتا ہے۔ (ب) مسلسل اخراج مواد۔ بعض اوقات اسکی وجہ کوئی ارکہ (granulation) (سعدانہ =polypus) ہوتا ہے جو کہ انثقاب کے اندر بروز کئے ہوتے ہوتا ہے اور اس طرح مسیلیت کو روکتا ہے۔ اگر مواد کا اخراج چار پانچ ہفتے تک جاری رہے تو غالباً حلمیہ سرایت زدہ ہو جائیگا' لیکن قبل اسکے کہ حلیمتی عملیہ انجام دیا جائے' ناک اور انفی بلعوم میں سرایت زدہ ماسکات خارج از بحث کر لینے چاہئیں۔ غدودہ (adenoids) کا استیصال تقیح کا خاتمہ کر دے سکتا ہے۔ (ج) وجہی شلل' فالوپی قنال (Fallopian canal) میں ایک خلقی روزن کی راہ سے ساتویں عصب پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے۔ (د) چھٹے جمجمی عصب کا شلل' جسکے ساتھ جبہی اور صدغی خطوں میں درد ہوتا ہے اور جو شاید ایک مصلی التہاب سحائی کا نتیجہ ہوتا ہے۔ (س) التہاب حلمیہ' جس کو ان علامتوں سے پہچانا جاتا ہے۔ کان کے پیچھے درد' حلمیہ اور خاصکر اس کی نوک پر دباؤ ڈالنے سے ایلمیت' اور اس ہڈی پر کی نرم بافتوں کا تورم۔ بیرونی سمعی منفذ کے عمیق ترین حصہ کا ابھار ایک قیمتی امارت ہے۔ ترقی یافتہ اصابتوں میں اعلٰی زائدہ پر اور کان سے اوپر بہت تورم ہوتا ہے اور جلد سرخ ہوتی ہے۔ التہاب حلمیہ کی وجہ سے یہ حالتیں پیدا ہوتی ہیں۔ (س) جانبی جوف کے ام جافیہ پر پھوڑا جو کہ ممکن ہے جوف کو

مضغوط کر دے اور بعد میں علقیت کا موجب ہو ۔ (ص) درمیانی حفرہ میں ایک بروں جافی پھوڑا جو کہ شاذ ہے ۔ (ط) دماغی پھوڑا، جس کے متعلق معلوم ہے کہ یہ حلمیہ میں پیپ پیدا ہوئے بغیر بھی نمودار ہو سکتا ہے ۔ (ع) قیحی التہاب سحایا ۔

علاج ۔ مریض کو بستر پر رکھا جاتا ہے ۔ درد کو تسکین دینے کیلئے دوائیں مثلاً ایسیٹل سیلی سلک ایسڈ (acetyl salicylic acid)، مرکب سفوف عرق الذہب (pulv. ipec. co.) اور بشرط ضرورت مارفیا دی جاتی ہے ۔ دافع نبقات سبحیہ ۔ (anti streptococcal) [دافع قرمزیہ (anti-scarlatinal)] مصل، دروں وریدی یا دروں عضلی طور پر دیا جاتا ہے ۔ گلسرین اور کاربالک (carbolic) کے، یا آب کافور میں ۴ فیصدی کوکین کے قطرات کان میں ڈالے جاتے ہیں ۔ کان پر ایک برقی طور پر گرم کی ہوئی گدی یا روئی سے یا گرم پانی کی بوتل سے یا تکمیدات سے گرمی پہنچائی جاتی ہے ۔ اس کے تبادل کے طور پر چھوٹی چھوٹی برف کی تھیلیاں حلمیہ پر مستقل طور پر رکھنے سے درد اور التہاب کو تسکین ہوتی ہے ۔ ممکن ہے طبلی غشاء میں شگاف دینا قرین مصلحت ہو، بالخصوص حاد اصابتوں میں کہ جن میں بہت درد اور بلند تپش ہوتی ہے ۔ التہاب حلمیہ کا علاج اس کتاب کے دائرۂ بحث سے باہر ہے ۔

حوالہ جات

REFERENCES

1 E. P. Poulton and F. A. Knott — 1936 *Practitioner*, January.

2 M. Hovel — 1924 *Brit. Med. Journ.* i., p. 497.

3 Sir St Clair Thomson — 1924 *Lancet*, ii., p. 948, and *Med. Res. Counc. Spec. Rep. Ser.* 83.

4 Sir St. Clair Thomson — 1922 *Lancet*, ii., p. 164.

216

امراضِ اعضائے دَورانِ خون

طبعی قلب کے فعل کی انجام دہی میں دو قسم کی ساختیں حصہ لیتی ہیں؛ یعنے اُس کے کھفوں کی انقباض پذیر عضلی دیواریں، جو خون کو دھکیلتی ہیں، اور مصراعات (valves) جو خون کے بہاؤ کے رُخ پر اقتدار رکھتے ہیں۔ متوازن انقباض کی قوت عضلۂ قلب کا فطری خاصہ ہے۔ گذشتہ چند سالوں کی تحقیقات سے ہم پر یہ چیز با ظاہر ہوگئی ہیں:۔ عضلۂ قلب (myocardium) کے اندر کے وہ نقاط جہاں انقباضی تہیّجات عام طور پر آغاز پذیر ہوتے ہیں، وہ راستے کہ جن سے اُذین (auricle) سے بُطین (ventricle) تک تہیّجات کا ایصال ہوتا ہے، اس ایصال کی طبعی یا معمولی شرح، اور یہ واقعہ کہ اگرچہ انقباض اکثر اُذین کے اندر شروع ہو کر بُطین میں پہنچ جاتا ہے، تاہم وہ بعض حالات میں بُطین کے اندر بھی آغاز پذیر ہو سکتا ہے۔ ہر بُطینی اِنکماش (ventricular systole) کے بعد ایک عرصۂ آرام ہے جس میں انقباض نہیں ہوتا اور یہ اُذین کے اِنکماش پر ختم ہوتا ہے اور اِسکے بعد فی الفور بُطین کا اِنکماش واقع ہوتا ہے۔ اِس عمل میں تین ساختیں حصہ لیتی ہیں؛ اولاً عصبی بافت، عضلی ریشے اور خلیوں سے بنا ہوا ایک اطالت یافتہ چھوٹا تودہ، جو اس جگہ جہاں فوقانی ورید اجوف اُذین کے ساتھ چسپیدہ ہوتی ہے واقع ہوتا ہے اور جسے جوفی اُذینی گرہ (sino-auricular node) کہتے ہیں۔ ثانیاً، ایک چھوٹا تودہ جو اُذینوں کے فاصل میں جوف اکلیلی (coronary sinus) کے فتحہ کے قریب واقع ہے، اور جسے اُذینی بطینی گرہ (auriculo-ventricular node) کہتے ہیں۔ ثالثاً، عضلی ریشوں کا ایک خاص بند، جو اُذینی بطینی بنڈل (auriculo-ventricular bundle) کے نام سے یاد کیا جاتا ہے۔ یہ بند اُذینی بُطینی گرہ سے پیدا ہو کر نکلتا اور چوڑائی میں تقریباً ۵ ، ۲ ملی میٹر ناپ کا ہوتا ہے۔

یہ اُذینی فاصل سے بُطینی فاصل کے اندر چلا جاتا ہے، اور پہلے اس فاصل کے جزو غشائی (pars membranacea septi) کے نیچے واقع ہو کر یہاں دو حصوں میں منقسم ہو جاتا ہے، چنانچہ ایک حصہ فاصل بطینی کے اِس طرف اور دوسرا حصہ دوسری طرف واقع ہوتا ہے۔ دائیں شاخ بندِ معدّل (moderator band) کے اندر چلی جاتی ہے۔ ہر شاخ اپنی طرف کے بطین کی دیواریں وسیع طور پر توزیع یافتہ ہوتی ہے، اور ریشہائے پرکنجے (Purkinje's fibres) میں ختم ہو جاتی ہے، جو بُطینوں کے تقریباً ہر حصہ میں دروں قلبہ کے نیچے واقع ہوتے ہیں۔ اُذینی بُطینی گرہ اور اُذینی بُطینی بنڈل بعض اوقات الحاقی بافتوں (junctional tissues) کے نام سے یاد کئے جاتے ہیں۔ قلب کے طبعی فعل کی اثنا میں تہیّج، جوفی اُذینی گرہ (sino-auricular node) میں شروع ہوتا اور اُذینین میں منتقل ہوتا ہے، لہٰذا انقباضی موج جس سے ذرا پہلے ایک برقی موج یعنی موجِ تحریک (excitation wave) پائی جاتی ہے، ج۔ا گرہ (S. A. node) سے شروع ہوتی ہے، اور نصف قُطری یا شعاعی صورت میں پھیلتی اور تمام سمتوں میں مساوی رفتار سے مسافت طے کرتی ہے۔ اِس کے بعد ا۔ب گرہ (A. V. node) مُتہیّج ہو جاتی ہے۔ ا۔ب گرہ (A. V. node) سے تحریک پیدا ہو کر ا۔ب (A.V.) بنڈل کی راہ سے اُس کے مختلف تفرعات میں چلی جاتی ہے، اور بُطینوں کے دروں قلبہ پرکنجے کے جال میں پھیل جاتی ہے۔ یہاں سے یہ زاویۂ قائمہ بناتی ہوئی بُطین کے عضلہ کے اندر پھیل جاتی ہے۔

عضلۂ قلب کو عصبی ریشوں کے دو رستوں سے رسد پہنچتی ہے:۔ (۱) عصبِ تائیہ سے (۲) عصبِ مشارکی سے۔ ان کا فعل ضرب میں ترمیم کرنا ہے۔ عصبِ مشارکی کے متعلق اس سے زیادہ کہ اُس کا ہیجان قلب کو تیز اور ضرب کو قوی کر دیتا ہے اور کچھ معلوم نہیں۔ عصبِ تائیہ کی شاخیں ج۔ا (S.A.) اور ا۔ب (A. V.) گرہوں دونوں میں مختتم ہوتی ہیں۔ اس کے ہیجان کا یہ اثر ہوتا ہے کہ موجِ تحریک کا مبدأ، (رفتار ساز) ج۔ا (S A.) گرہ کے بالائی سرے سے اُس کے زیریں سرے پر منتقل ہو جاتا ہے۔ دوسرے اثرات بُطءُ القلب (bradycardia)

کے تحت بیان کیے گئے ہیں۔

امتحانِ قلب

پھیپھڑوں کی طرح قلب بھی آنکھ، ہاتھ اور کان سے امتحان کرنیکے لئے موزوں ہے۔ وہ پھیپھڑوں کے اگلے حاشیوں کے درمیان دیوار سینہ سے قریبی طور پر متماس ہوتا ہے، ایک ایسے رقبہ میں جو کہ خطِ وسطی سے بائیں طرف عظم القص کے زیریں نصف، اور چوتھی اور پانچویں بائیں ضلعی کریوں کے اندرونی حصّوں اور اُن کے نیچے کی فضاؤں سے متناظر ہے۔ صدمہ القلب (impulse of the heart) معائنہ اور جس سے دریافت ہوسکتا ہے۔ پیش قلبی رقبہ (præcordial area) یعنے دیوارِ سینہ کا وہ رقبہ جو کہ قلب پر واقع ہے قرع کرنے سے معلوم کیا جاسکتا ہے، اور اصواتِ قلب کا مطالعہ استماع کے ذریعہ کیا جاسکتا ہے۔

217

معائنہ

(inspection)

تندرست اشخاص میں، جو زیادہ موٹے نہ ہوں، قلب ضرب لگاتا ہوا دیکھا جاسکتا ہے ایک ایسے رقبہ میں جو کہ پانچویں بین الاضلاع فضا میں اور تقریباً ½ انچہ قطر کا ہوتا ہے، اور حلمی سے انتصاباً نیچے کھینچے ہوئے ایک خط سے ½ انچہ تا ایک انچہ اندر کی طرف، یا ایک اوسط جسامت والے بالغ میں خط وسطی سے ½ ۲ تا ۳ انچہ فاصلہ پر واقع ہوتا ہے۔ اِس ضرب کو صدمہ القلب (impulse) یا ضربتہ الراس (apex beat) کہتے ہیں۔ بیماری میں بعض اوقات یا تو ضرب کی کمزوری کی وجہ سے یا اسوجہ سے کہ قلب کو شُش ڈھانکے ہوئے ہو، صدمہ نہیں نظر آسکتا۔ دایاں اُذین جب وہ متسع (dilated) ہو، بعض اوقات عظم القص سے دائیں طرف کو ضرب لگاتا ہوا دیکھا جاتا ہے۔ قلب کی بڑی کلانی کی بعض مثالوں میں دیوار سینہ کا باہر اُبھر آنا بھی

معائنہ سے ظاہر ہوتا ہے۔

تندرست اشخاص میں بین الاضلاع فضاؤں کی ایک خفیف سی مرئی انکماشی بازکشیدگی (systolic retraction) ہونا عام ہے۔ قلب کی بیش پرورگی (hypertrophy) کی حالت میں ایک زیادہ نمایاں بازکشیدگی واقع ہوتی ہے۔

جسّ

(palpation)

صدمہ کا محل وقوع عموماً جسّ سے اس سے زیادہ قریبی طور پر متعین کیا جا سکتا ہے کہ جتنا معائنہ سے۔ وہ بائیں بطین کی بیش پرورگی کی صورت میں باہر کو اور نیچے کی طرف ہٹا ہوا ہوتا ہے، اور انتہائی اتساع میں بغل میں محسوس کیا جا سکتا ہے۔ ضرب قوی یا جاشی (heaving) اور سریع اور بے قاعدہ ہو سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ وہ بالکل جسّ پذیر نہ ہو۔ لاشعاعی امتحان ظاہر کرتا ہے کہ قلب کا بایاں کنارا بالعموم اس نقطہ سے متناظر ہوتا ہے جو کہ بائیں طرف سب سے زیادہ دور ہوتا ہے، جہاں انگلیوں کو کسی چیز کے واضح طور پر سامنے کو اور افقی طور پر اٹھنے کا احساس ہوتا ہے (63)، نہ کہ اس رقبہ کے بیرونی اور زیرین حصے سے کہ جس پر ارتعاشات محسوس کئے جا سکتے ہیں، اور جس کے متعلق لاشعاعوں سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ یہ قلب کے رقبہ سے باہر واقع ہوتا ہے۔ ایک مثال میں جس کا کہ راقم نے مشاہدہ کیا بائیں بطین کے بالائی حصے سے چوتھی فضا میں ایک ظاہری صدمہ پیدا ہوگیا تھا۔ ترابیف پر ایک انکماشی صدمہ (systolic impulse) ایک بیش پرورده دائیں بطین سے، اورطی سے (جبکہ انورسمائی ہوتا ہے یا رسولی سے ایصال شدہ ہوتا ہے) یا نابض جگر (pulsating liver) سے پیدا ہو سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ متسع دایاں اذین عظم القص سے دائیں طرف ضرب لگاتا ہوا محسوس ہو۔ اورطی انورسما کی بعض اصابتوں میں قاعدۂ قلب پر رکھا ہوا ہاتھ ایک صدمہ محسوس کرتا ہے، جس کو انبساطی صدمہ (diastolic shock) یا انبساطی بازگشت (diastolic rebound) کہتے ہیں، جو بایں وجہ پیدا ہوتی ہے کہ انورسما ششش کو پچکاتا ہے اور دیوار صدر سے قریب تر

تماس حاصل کرلیتا ہے۔

مصراعی مرض کی بعض صابتوں میں ایک محدود رقبہ پر [جس میں مسماع الصدر سے ایک خریر (murmur) سنائی دے سکتا ہے] ہاتھ سے ایک ذبذبہ (thrill) (fremissement cataire) محسوس کیا جا سکتا ہے۔ اس کے ساتھ عموماً ایک خریر موجود ہوتا ہے، لیکن کبھی کبھی یہ خریر غیر موجود ہوتا ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ ارتعاشات اسقدر کرخت (coarse) (یعنے اسقدر سست شرح رکھنے والے) ہوتے ہیں کہ وہ صرف محسوس کئے جا سکتے ہیں، سنائی نہیں دیتے۔ یہ مطرانی ضیق (mitral stenosis) میں نہایت عام ہے، اور اُذینی انکماشی خریرات (auriculo-systolic murmurs) کی ایک بڑی تعداد کے ساتھ، اور بعض وسط انبساطی خریرات (mid-diastolic murmurs) کے ساتھ ساتھ موجود ہوتا ہے۔ دوسرے خریرات کے ساتھ ذبذبے نسبتہً بہت کم عام ہیں اور دوسرے مصراعی ضررات (valvular lesions)، جیسے کہ ریوی ضیق (خلقی) (pulmonary stenosis)، اورطی ضیق (aortic stenosis)، اور کبھی کبھی اورطی بازدوی (aortic regurgitation) اور مطرانی بازدوی (mitral regurgitation) میں واقع ہوتے ہیں۔ انورسما اور التہاب تامور (pericarditis) بھی جس پذیر ارتعاشات پیدا کر سکتے ہیں۔

قرع

(percussion)

گو کہ قرع کرنے پر سینہ کا بیشتر حصہ، شُش کی موجودگی کے باعث، گمک دار (resonant) ہوتا ہے تاہم ایک چھوٹا رقبہ اوپری یا مطلق اصمیت کا بھی ہوتا ہے، جو قلب کی اگلی سطح کے اُس حصے سے متناظر ہوتا ہے جو شُش سے ڈھکا ہوا نہیں ہوتا۔ اِس رقبہ کے گرد ایک رقبہ عمیق یا اِضافی اصمیت (deep or relative dulness) کا ہے، جس کی بیرونی حد قلب کے خاکہ سے متناظر ہوتی ہے اور اس طرح اُس کی حقیقی جسامت کا ایک نقشہ بنا کر پیش کرتی ہے۔ اوپر کو یہ تیسری فضا تک پہنچتی ہے۔ بائیں طرف یہ صدم القلب تک پہنچتی ہے۔ اور دائیں طرف

218

یہ اکثر عظم القص کے دائیں کنارے سے نصف انچہ باہر تک شناخت کیجا سکتی ہے۔ عظم القص خود گمک دار ہوتی ہے۔ اضافی اصمیت متوسط طور پر ہلکے قرع کی مدد سے بہترین حاصل ہوتی ہے۔ کمرے میں خاموشی ہونی چاہیئے۔ لاشعاعی امتحان ظاہر کرتا ہے کہ قلب کا کنارا عموماً اُس نقطہ سے تناظر ہوتا ہے کہ جہاں اوّلاً آواز کی گمک میں معتدبہ تغیّر واقع ہوتا ہے۔ اصمیتِ قلب کی زیرین حد، جگر کی اصمیت سے ممتاز نہیں کی جا سکتی، اور یہ فرض کر لیا گیا ہے کہ قلب کا خاکہ صدم القلب اور اصمیت کے دائیں کنارے کے زیرین ترین نقطہ کے درمیان واقع ہوتا ہے۔

قلب کا محلِ وقوع کسیقدر مریض کی وضعِ قیام کے ساتھ بدل جاتا ہے۔ دیوار سینہ پر قلب کا رقبۂ برآمد (area of projection) انتصابی وضع میں اُس سے کسی قدر زیادہ نیچے تک پھیلے گا اور نسبتہً کم چوڑا ہوگا کہ جتنا افقی وضع میں ہوتا ہے۔

جب پھیپھڑے متمدد ہوں، جیسے کہ نفاخ میں، تو قرع کرنے سے جسامتِ قلب کا شناخت کرنا عموماً بالکل غیر ممکن ہوتا ہے، اور مزید براں صدم القلب اکثر اتنا کمزور ہوتا ہے کہ محسوس نہیں کیا جا سکتا۔ اضافی اصمیت کے رقبے کی زیادتی کا ایک اہم سبب ناچۂ تاموری (pericardial sac) کا مائع سے پُر ہو کر متمدد ہو جانا ہے۔ استثنائی طور پر اِس ناچہ میں ہوا کی موجودگی سے یہ رقبہ گمک دار ہو سکتا ہے۔ پیش قلبی اصمیت کے رقبہ کا، اوپر کے طرف، نیچے کو، یا ایک جانب ہٹ جانا ہر اس شئے کے سبب سے ہو سکتا ہے کہ جو قلب کو ان سمتوں میں ہٹا دے۔

استماع

(auscultation)

سماع الصدر سے سُننے پر قلب کی آوازیں "لب ڈپ" الفاظ (syllables) سے مشابہ معلوم ہوتی ہیں۔ پہلی آواز نسبتہً زیادہ دھیمی (duller) اور لمبی، اور دوسری آواز نسبتہً زیادہ تیز (sharper) اور مختصر تر (shorter) ہوتی ہے۔

پہلی آواز کچھ تو عضلی انقباض اور کچھ اُذینی بطینی مصراعوں (auriculo-ventricular valves) کے بند ہونے کے بعد اُن کے یکایک تن جانے (streching)

کی وجہ سے ہوتی ہے' اور دوسری آواز نیم ہلالی مصراعوں (semilunar valves) کے بند ہونے کے بعد ان کے یکایک تن جانے کے سبب سے۔ دونوں مصراعوں کی صورت میں جوں ہی کہ دہنوں کی راہ سے خون کا بہنا بند ہوتا ہے دامن معمولاً ساتھ تیرنے لگتے ہیں (1)۔ پہلی آواز راس قلب کے قریب بہترین' اور دوسری آواز قاعدہ پر بہترین سنائی دیتی ہے۔

ترمیمات اصوات۔ قلب کی آوازیں مفخم (accentuated) یا بلندی میں مخفف' یا تعداد میں زیادہ ہوسکتی ہیں' یا ان کے زمانی تعلقات (time-relations) متغیر ہوسکتے ہیں۔

تفخیم (accentuation) متعدد اسباب سے پیدا ہوجاتی ہے' جن میں سے ایک سبب شُش کی بازکشیدگی (retraction) ہے' کہ جس سے قلب دیوار صدر سے قریب تر آجاتا ہے۔ پہلی آواز کی تفخیم اور دھیماپن (dulling) یا غطا (muffling) بُطینی بیش پروردگی سے پیدا ہوجاتی ہے' لیکن تفخیم بغیر دھیمے پن کے (accentuation without dulling) مطرانی ضیق میں عام ہے۔ دوسری دائیں بین ضلعی فضا میں دوسری آواز کی تفخیم کی وجہ شریانی خون کے دباؤ کی زیادتی ہے' کہ جس سے مصراع بند ہونے کے بعد غیرمعمولی قوت کے ساتھ تن جاتے ہیں [ملاحظہ ہو صفحہ ۱۰ ب (۲)]۔ اسی طرح دوسری یا تیسری بائیں فضا میں دوسری آواز کی تفخیم مماثل طور پر ریوی مصراعوں (pulmonary valves) سے پیدا ہوجاتی ہے۔

تخفیف اصوات (diminution of sounds) قلب کے کمزور فعل سے پیدا ہوتی ہے' یا اس وجہ سے کہ قلب شُش سے غیرمعمولی طور پر ڈھکا ہوا ہو' جیسے کہ نفاخ میں' یا اس وجہ سے کہ وہ تاموری انصباب (pericardial effusion) سے گھرا ہوا ہو۔ اصوات قلب کی تخفیف اُس وقت بھی ہوسکتی ہے جبکہ مصراع ناکمل یا ناقص ہوں اور اس طرح خون کی بازروی (regurgitation) واقع ہوکر خریرات (murmurs) پیدا ہوجائیں۔

دوسری آواز کا تضاعف (reduplication) عموماً قاعدۂ قلب پر سنا جاتا ہے' بالخصوص ریوی رقبہ میں' اور بعض اوقات اُس کا ایصال راس تک

ہوتا ہے ۔ وہ مصراعی مرض کی ان اصابتوں میں واقع ہوتا ہے جن میں پھیپھڑوں کا امتلاء ہوتا ہے اور ریوی دور (pulmonary circuit) میں دباؤ بڑھا ہوا ہوتا ہے ۔ وہ اس واقعہ کے سبب سے ہوتا ہے کہ ریوی اور اُورطی مصراعات بالکل ہمزماں طور پر بند نہیں ہوتے ۔ ممکن ہے کہ پہلی آواز کا تضاعف ، جو راس پر سنا جاتا ہے ، بعض اوقات اُذینی بُطینی مصراعات کی غیر ہمزماں مسدودی کے باعث ہو۔ حرورالکفی (canter-rhythm) میں راس پر پہلی یا دوسری آواز کا ایک نہایت نمایاں تضاعف ہوتا ہے ، جس سے تہری لَے (triple rhythm) کی دو قسمیں نمودار ہوتی ہیں ، یعنے "تی لَب ڈپ" اور "لَب ڈپ تی" حرورالکفی (canter-rhythm) کے سبب دو ہیں :- (۱) زائد یا فالتو آواز (extra sound) اُسی سبب سے پیدا ہوتی ہے جو اکثر اِس مقام پر ایک عاجل وسط انبساطی (early mid-diastolic) یا اُذینی انکماشی خر خر پیدا کر دیتا ہے ، یعنے وہ مطرانی ضیق (mitral stenosis) کی علامت ہے ۔ (۲) یا وہ قلبی مسدودی (بہ ملاحظہ ہو) کے سبب سے پیدا ہوتی ہے ، اور ممکن ہے کہ وہ دراصل بجنسہ وہی آواز ہو جو انقباض اُذین کے سبب سے ہوتی ہے ۔ معمولی حالات میں یہ اِسوجہ سے نہیں سنائی دیتی کہ یہ بطین سے اسقدر قریب ہوتی ہے کہ آخرالذکر کی آواز اِس کو ڈھانک لیتی ہے ۔ قلبی مسدودی میں اُذین بُطین سے کچھ پہلے منقبض ہوتا ہے ، اور اُس کے انقباض کی آواز انبساط کے دوران میں جلد یا دیر سے سنائی دیتی اور علی الترتیب دوسری یا پہلی آواز کو متضاعف (reduplicated) بنا دیتی ہے (Lewis)۔

قلب جسقدر زیادہ سرعت سے ضرب لگاتا ہے اُسیقدر دوسری آواز اور اس کے بعد کی پہلی آواز کے درمیان کا وقفہ زیادہ مختصر ہوتا ہے ۔ اُس سریع فعل میں جو قلبی خستگی (cardiac exhaustion) کی بعض قسموں کے ساتھ ہوتا ہے یہ دونوں وقفے مساوی ہو سکتے ہیں ۔ ضرباتِ قلب کمزور ہوتے ہیں ، پہلی آواز دوسری آواز سے تمیز نہیں کی جاسکتی ، اور جنینی قلب کی آوازوں سے قریبی مشابہت پائی جاتی ہے ۔ اِس حالت کو جنینی لَے (fœtal rhythm) یا جنینی قلب (embryocardia) کہتے ہیں ۔

تندرست اشخاص میں راس پر کی جو پہلی آواز ہوتی ہے وہ قاعدہ پر اُورطی

رقبہ کی دوسری آواز کے نسبت دُگنی شدت رکھتی ہے ۔ عضلۂ قلب کے انحطاط کی اصابتوں میں پہلی آواز جو اِس پرسنی جاتی ہے، اپنی شدت میں کم ہو جاتی ہے یہانتک کہ وہ قاعدہ پر کی دوسری آواز کی شدت سے مساوی یا اُس سے کمتر ہو جاتی ہے ۔ اِن دونوں کا مقابلہ کرنے کے لئے ایک خاص قسم کا سماع الصدر ایجاد کیا گیا ہے، لیکن عموماً ایک معمولی سماع الصدر کی مدد سے کان اِن کے فرق کو محسوس کر لینے کی پوری صلاحیت رکھتا ہے ۔

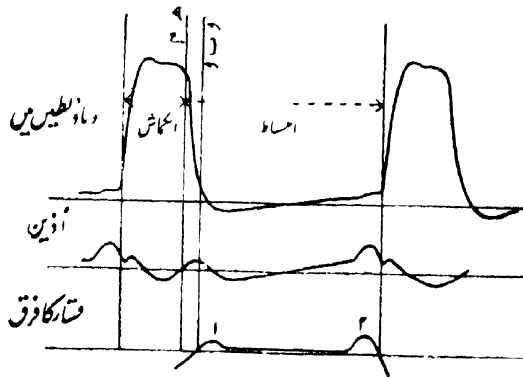
مرض کے باعث مصراعی دہنوں پر خریرات ۔ مصراع کی کوئی تنگی (narrowing) ضیق (stenosis) یا تسدد (obstruction) اُن کی راہ سے جانے والی خون کی رَو میں ارتعاشات پیدا کر دیگا اور یہ ایک خریر (murmur) یا حرد (bruit) کے طور پر سنائی دینگے، جس کو ابتداً حرد منفاخی (bruit de souffle) کہتے تھے ۔ بخلاف ازیں اگر وہ مصراع عدیم الکفایت (incompetent) ہے تو کچھ خون اُس کہفہ کے اندر باز راہ ہو جائے گا جس میں سے وہ آیا تھا، اور اِس سے بھی ایک خریر سنائی دیگا ۔ یہ خریرات غیر طبعی اصوات (adventitious sounds) ہیں جو طبعی اصوات قلب کی جگہ لے لیتے ہیں ۔ اگر ایک یکساں سوراخ رکھنے والے نل میں سے مائع نہایت بلند رفتار سے بزور گذارا جائے تو نل کی دیوار پر رگڑ لگنے سے تلاطم انگیز حرکت پیدا ہو گی اور ایک آواز سنائی دیگی ۔ نسبتہً کم رفتار ہو تو بہاؤ یکساں ہوتا ہے اور کوئی آواز نہیں پیدا ہوتی، اور یہی حالت اُسوقت بھی ہوتی ہے جبکہ مائع ایک زیادہ چوڑے نل میں سے نکل کر ایک نسبتہً چھوٹے نل میں جاتا ہے ۔ لیکن جب مائع ایک چھوٹے نل میں سے ایک نسبتہً بڑے نل کے اندر، یا ایک تنگ درز میں سے نکلکر اُس کے آگے نسبتہً چوڑی فضا میں جاتا ہے تو ایک آواز پیدا ہو جاتی ہے ۔ اِس کی توجیہہ یہ ہے کہ پانی کی دھار (stream) ایک نسبتہً چھوٹے نل میں زیادہ بلند رفتار سے بہتی ہے، اور اسی واسطے وہ ایک نسبتہً بڑے نل کے آہستہ حرکت کرتے ہوئے سیال کے اندر ایک منجھدار (fluid vein) کی شکل میں آگے کو پھینکی جاتی ہے، اور اِس کی رگڑ گرداگرد کے سیال پر لگنے سے وہ بھنوروں کی شکل میں پارہ پارہ ہو جاتی ہے ۔ اِس سے پیدا ہو جانے والے ارتعاشات

بصورت آواز مسموع ہوتے ہیں۔ اِس اصول کی ایک مثال جو روزانہ دیکھنے میں آتی ہے ایک آبشار سے ملتی ہے، لیکن جسم انسان پر اُس کا اطلاق وسیع طور پر ہوتا ہے چنانچہ مصراعوں کی تنگی اور عدم کفایت (incompetence) سے پیدا ہونے والے خریرات کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے گو یہاں یہ بتلا دینا چاہئے کہ خریر کا ایک مزید سبب مصراعوں کی کوروں کے یا اُن کی روئیدگیوں (vegetations) کے وہ ارتعاشات بھی ہو سکتے ہیں جو جوشِ خون کے اندر ہوتے ہیں۔ منجد دھار (fluid vein) کے اصول سے اُن خریرات کی توجیہ بھی ہوتی ہے جو فاصلِ بطین (septum ventriculosum) کے کسی انثقاب میں سے خون کے گذرنے سے پیدا ہوجاتے ہیں۔ طبعاً، جبکہ خون بڑے شرائین میں سے چھوٹے شرائین کے اندر جاتا ہے کوئی آواز نہیں سنائی دیگی۔ لیکن اگر شریان پر دباؤ پڑے تو ایک آواز پیدا ہوگی۔ فی الحقیقت انبساطی فشار (diastolic pressure) ایسے ہی ذرائع سے متعین کیا جا سکتا ہے۔ اسی طرح اگر بڑے اوردہ پر دباؤ پڑے تو ایک خریر سنائی دیگا، اور شریانی انورسما اور شریانی وریدی انورسما میں بھی۔ بالآخر یہی اُصول اُس وقت بھی کارفرما ہوتا ہے جبکہ دورانِ تنفس میں ہوا کی رَووُں کی حرکت سے آوازیں پیدا ہوجاتی ہیں۔ آوازیں منہ میں پیدا ہو سکتی ہیں، جیسے کہ سیٹی بجانے میں، نیز ناک کے اگلے یا پچھلے منخروں میں، مزمار (glottis) میں، یا تنفسی تشعیبات اور ہوائی تاچوں کے درمیان۔

خریراتِ قلب ایک دوسرے سے امور ذیل میں مختلف ہوتے ہیں :-
(۱) بہ لحاظِ وقت۔ (۲) قلب کے دَھنوں کے ساتھ اپنے تعلق میں۔ (۳) آواز کی نوعیت میں۔

خریرات کا وقت۔ وہ خریرات جو پہلی آواز کے ساتھ سنائی دیتے اور اُس کے بعد ہوتے ہیں، بطینوں کے انقباض کے دوران میں واقع ہوتے ہیں، اور انکماشی (systolic) کہلاتے ہیں۔ وہ جو دوسری آواز کے ساتھ، یا اُس کے اور اُس کے بعد کی پہلی آواز کے درمیان سنائی دیتے ہیں، اِتساعِ بطین کے دوران میں واقع ہوتے ہیں اور انبساطی (diastolic) کہلاتے ہیں۔ یہ خریرات انبساط میں اپنے محلِ وقوع کے لحاظ سے عاجل (early)، وسطی (mid) اور

220

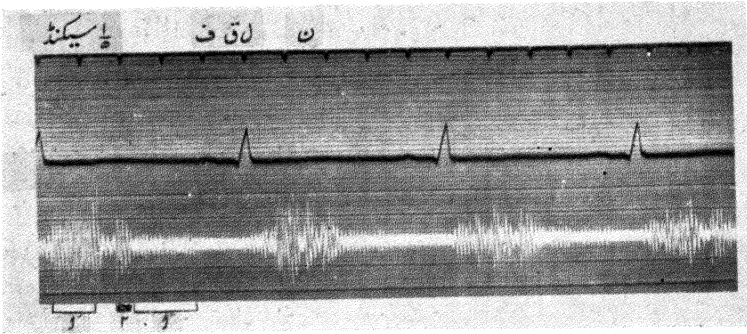
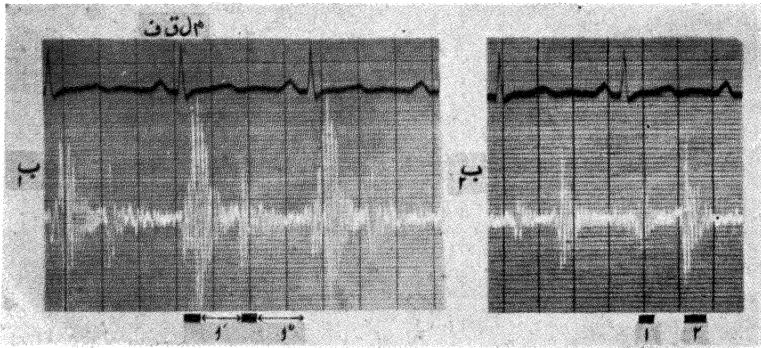
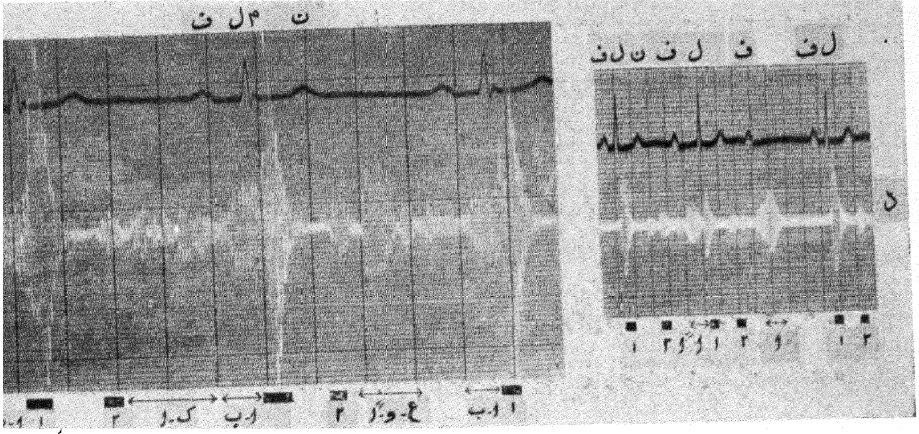
آجل (late) انبساطی کہلاتے ہیں۔ آخرالذکر کو زیادہ عام طور پر قبل انکماشی (pre-systolic) کہتے ہیں، اور جب وہ، جیسا کہ بیشتر اصابتوں میں ہوتا ہے، بائیں اُذین کے انکماش سے خون کے ایک تنگ فتحہ میں سے بزور گذرنے کی وجہ سے ہوتا ہے تو اُسے اُذینی انکماشی (auriculo-systolic) کہہ سکتے ہیں۔ کسی خاص خریر کے وقت کی تعیین کے لئے، اُس کا محلِ وقوع ضربِ قلب کے لحاظ سے، یا غضروف درقی کے پاس سباتی شریان کی ضرب کے لحاظ سے نوٹ کرنا چاہیئے۔ یہ دونوں ضربیں کافی صحت کے ساتھ بطین کے انکماش کی قائم مقام ہوتی ہیں، لیکن نبض کعبری (radial pulse) سباتی شریان کی نبض سے ۱/۱۰ سکینڈ بعد واقع ہوتی ہے۔

شکل ۱۱۔ مطرانی ضیق کے خریرات کی توجیہ لوئیس (Lewis) کے مطابق۔ ھ۔ م۔ ہلالی مصراعوں کی سدودی جو کہ دوسری آواز کا وقت اور انبساط کی ابتدا ظاہر کرتی ہے۔ ا۔ ب۔ ا۔ اُذینی بطینی مصراعات کا انفتاح۔ ۲ اُذینی انکماشی خریر کا محل وقوع ظاہر کرتا ہے۔ ۱ وسطِ انبساطی خریر ظاہر کرتا ہے۔ آخرالذکر حقیقت میں ایک غلط نام ہے کیونکہ یہ خریر وسطِ انبساط سے پہلے واقع ہوتی ہے، لیکن چونکہ یہ انبساط کے آغاز سے بعد شروع ہوتی ہے لہٰذا اِس کو عاجل انبساطی نہیں کہا جا سکتا۔ حقیقت میں یہ تاخیر پذیر عاجل انبساطی ہے۔

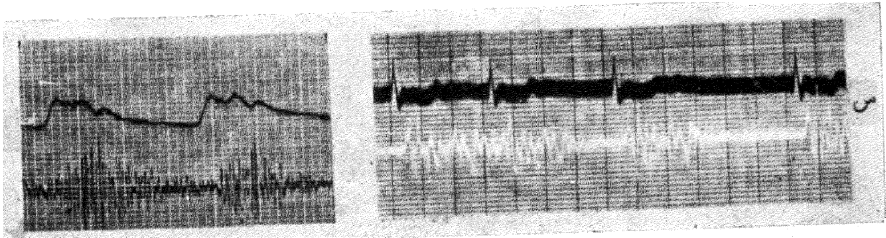
اُورطی دہنہ پر تسدّد کی حالت میں بطین کا انقباض، خون کو تسدّد کے پار بزور گذار کر ایک خریر پیدا کرتا ہے۔ اسی وجہ سے وہ ایک انکماشی خریر ہوتی ہے اور اگر قلب کی طبعی آوازیں "لَب ڈپ" سے ظاہر ہوتی ہیں تو اِس خریر کے ساتھ کی آوازیں "لَف ڈپ" ("luff-dup") سے ظاہر کی جاسکتی ہیں (صحفہ ۱۰ الف)۔

اُورطی دہنہ پر کی بازرَوی ارتخاء بطین کے دوران میں ایک خریر پیدا کردیتی ہے، جو دوسری آواز کے ساتھ شروع ہوتی ہے۔ اسی واسطے وہ عاجل انبساطی (early diastolic) ہوتی ہے (صحفہ ۱۰ الف)۔

مطرانی دہنہ پر بازرَوی، بُطین کے انقباض کے دوران میں ایک خریر پیدا کردیتی ہے۔ اسی واسطے ایک انکماشی خریر پیدا ہوجاتی ہے (صحفہ ۱۰ ب اور س)۔

مطرانی مصراع کے مقام پر تسدّد ہونے سے ایک انبساطی خریر پیدا ہوجاتی ہے، جو اُس وقت واقع ہونے کا رجحان رکھیگی جبکہ خون اُذین سے بطین کی طرف اعظم شدت کے ساتھ بَہ رہا ہو، یعنے جب دباؤ کا فرق کبیرترین ہو۔ قلبی دور کے دوران میں اُذین اور بطین کے دباؤ کے تغیّرات کا علم ہمیں دوران انبساط میں دو ایسے مواقع ظاہر کرتا ہے جبکہ یہ حالت پائی جائیگی (ملاحظہ ہو شکل ۱۱)۔ پہلا موقع انبساط کے آغاز کے ذرا ہی بعد ہے، یعنی دوسری آواز کے بعد، جبکہ بطین کامل طور پر مرتخی لیکن خالی ہوتا ہے اور اُذین اُس خون سے محتقن ہوتا ہے جو پچھلے اُذینی انکماش کے وقت سے جمع ہوگیا ہے۔ دوسرا موقع خود اُذینی انکماش کے دوران میں ہوتا ہے، جبکہ دروں اُذینی فشار بہت بلند ہوتا ہے۔ اِس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مطرانی ضیق میں دو عام ترین خریرات میں سے ایک تو وہ خریر ہے جو وسطِ انبساط کے اوائل میں ہوتی اور محض ایک وسطِ انبساطی خریر موسوم کی جاتی ہے (صحفہ ۱۰ ج، د اور س)، اور دوسری وہ قبل انکماشی یا اُذینی انکماشی خریر ہے جو انبساط کے خاتمہ کے قریب شروع ہوکر پہلی آواز میں ختم ہوجاتی ہے (ج اور د)۔ جب یہ خریرات مِلکر ایک ہوجاتے ہیں تو کامل انبساطی (full diastolic) کہلاتے ہیں (ب اور ج)۔ اِس حقیقت کا تذکرہ پہلے ہی ہوچکا ہے کہ راس پر ایک متضاعف دوسری آواز اکثر مطرانی ضیق کے باعث ہوتی ہے۔ وہ اُسی طریقہ سے پیدا ہوجاتی ہے جس طرح کہ ایک وسط انبساطی خریر پیدا ہوتی ہے۔ بعض اوقات

اصوات قلب کی تسجیل اور برقی قلب نگارتیں

الف ۔ اورطی ہیش لیسی جریان پہلی آواز کی بجائے ایک انکماشی خرخر (۱) موجود ہے اور دوسری آواز (۲) کے فی الفور بعد ایک کمزور انبساطی خریر (۱) ہے ۔

ب ۔ مطرانی ضیق اور بازروی ۔ ب۱ میں آوازیں راس القلب (apex) کے ذرا اندر کی طرف تسجیل کیگئی ہیں پہلی آواز بلند ہے اور ایک انکماشی خرخر موجود ہے ۔ دوسری آواز اور کامل انبساطی خریر بھی ظاہر کیگئی ہے ب۲ میں آوازیں ریوی رنبہ کے اوپر تسجیل کیگئی ہیں ۔ پہلی آواز کمزور ہے اور دوسری آواز معظم ہے ۔

ح- مطرانی ضیق ـ ل ۱ کامل امساطی حریر- ا- اُ صاعد اذینی انکماشی خریر- ع- و- اُ عاجل وسط امساطی خریر جس کے بعد ایک خاموش وقفہ ہے۔

د- مطرانی ضیق اور جزوی مسدودیٔ قلب ـ ف ل فاصلہ بتدریج بڑھ جاتا ہے' یہاں تک کہ ایک ضرب ساقط ہو جاتی ہے۔ پہلی آوازیں ترسیم کے شروع اور آخر میں مفخم ہو جاتی ہیں اور ایک چھوٹی سی اذینی انکماشی صاعد خریر موجود ہوتی ہے۔ دوسرے انکماش پر اذینی انکماشی خریر (ا) ور پہلی آواز ایک دوسرے سے اسلئے جدا ہیں کہ ف ل فاصلہ طویل ہو گیا ہے۔ اسکے بعد جب بطینی ضرب غائب ہوتی ہے' تو اذینی انکماشی خریر تنہا موجود ہوتی ہے۔ اُ عاجل وسط انبساطی خریر۔

ر- ایک شوکی شاہ شریانی کی اصابت میں ساقی نبض نگاریں اور اصوات قلب کی تسجیل۔ ایک انکماشی خریر موجود ہے جو کہ انکماش کے ختم پر ضربتینی کناؤ کے مقابل منجم ہے' اور امساط کے بیشتر حصہ میں جاری رہتی ہے۔

س- ایک مطرانی ضیق اور بازروی اور اذینی رتنگی انقباص کی اصابت میں انکماشی اور امساطی خریرات۔ پہلی دو اور آخری دو ضربات کے ساتھ جو خریرات پائی جاتی ہیں وہ مسلسل ہوتی ہیں۔ جب ضربات کے درمیان وقفہ طویل ہو جائے تو دو انکماشوں کے درمیان خاموش وقفے درج کئے جاتے ہیں۔ (یہ تصاویر ڈاکٹر کراٹش رامویل کے اندراجات سے لی گئی ہے)

جبکہ قلب تیزی کے ساتھ ضارب ہوتا ہے مطرانی ضیق میں ایک عاجل انبساطی خریر سنائی دیتی ہے یعنے ایک ایسی خریر جو دوسری آواز کے ساتھ شروع ہوتی ہے ۔

وسط انبساطی خریر اپنی نوعیت میں نرم (soft) اور نفخی (blowing) اور بالکل مختصر (short) ہو سکتی ہے، یا ممکن ہے کہ وہ قرقری (rumbling) ہو اور انبساط کے بیشتر حصے میں جاری رہے، اور یہ ایک بلند درجہ کی ضیق کی علامت ہے ۔ اُذینی انکماشی خریر بتدریج بلند تر ہوتی جاتی ہے، اور ایک مفخم (accentuated) پہلی آواز میں ختم ہوتی ہے ۔ وہ "ر ۔ ر ۔ رپ" ("r-r-rup") سے ظاہر کی جا سکتی ہے ۔ وسط انبساطی اور اُذینی انکماشی خریرات دونوں کا ایک ہی وقت میں موجود ملنا ممکن ہے (ج اور د)، یا ممکن ہے کہ ایک اُذینی انکماشی خریر ایک متضاعف دوسری آواز کے ساتھ ہو ۔

یہاں جو کچھ اُورطی اور مطرانی مصراعات کے متعلق بیان کیا گیا ہے وہی بہ تبدیلی الفاظ ریوی اور مثلثی مصراعات کے متعلق کہا جا سکتا ہے ۔

خریرات کا تعلق قلب کی لے کے ساتھ اور اُس میں سے خون کے بہاؤ کے ساتھ کیا ہے یہ ذیل میں بصورت جدول اِس طرح ظاہر کیا جا سکتا ہے ۔

دہنہ	ضرر	خریر
اُورطی یا ریوی	تسدد	انکماشی
	بازروی	انبساطی
مطرانی یا مثلثی	تسدد	انبساطی (عاجل، وسطی، آجل ۔ (قبل انکماشی یا اذینی انکماشی))
	بازروی	انکماشی

اِنمیں سے ریوی بازروی (pulmonary regurgitant) کے خریرات اور مثلثی تسدد (tricuspid osbtructive) کے خریرات نہایت شاذ ہیں ۔ اور ریوی تسدد کے خریرات بقیہ پانچ کی نسبت نادر الوقوع ہوتے ہیں، تاہم ریوی شریان کے خطہ پر ایک اِنکماشی خریر کا، خون کی مقدار یا صفت کے تغیرات کے ساتھ پایا جانا

بالکل عام ہے، اور اُسے دَموی خریر (hæmic murmur) کہتے ہیں۔

یہ امر ظاہر ہے کہ مندرجہ بالا آٹھ امکانی ضربات (چار دھنوں میں سے ہر ایک تسدّد یا بازرَوی) محض ان کے خریرات اور قلب کی آوازوں کے باہمی تعلق پر سے نہیں شناخت کئے جا سکتے۔ لیکن ہمیں پیش قلبی رقبہ کے اُن مختلف نقطوں سے جن پر وہ بہترین سُنے جاتے ہیں، اُن کے تمیز کرنے میں مدد ملتی ہے۔ یہ نقطے سطح کے نیچے مصراع کی اصلی جگہ سے نہیں متعیّن ہوتے، بلکہ دھنے سے گذر کر بہنے والے خون کی رَو کی سمت سے، اور اُس سمت سے جس میں صوتی ارتعاشات پیدا ہوتے ہیں متعیّن ہوتے ہیں۔ خون کا بہاؤ، جو اُورطی میں وسطِ قص سے دائیں ترقوی ہڈی کی طرف، ریوی شریان میں قص سے اوپر کی طرف بائیں رُخ میں، اور قلب میں اُذین سے بطین میں ہوتا ہے، ہر خریر کو ایک خاص راستہ سے منتقل کرتا ہے۔ اور بازرَوی کے خریرات (regurgitant murmurs) کی صورت میں خون کی بازرَوی (reflux) اُورطی مصراعوں میں سے بطین میں، اور مطرانی مصراعوں میں سے اُذین میں، ایسے ہی طریقہ سے عمل کرتی ہے۔ رقبہ (area) کی اصطلاح (مطرانی رقبہ، اُورطی رقبہ) کا اطلاق اکثر پیش قلب (præcordia) یا متصلہ دیوارِ صدر کے اُس حصہ پر کیا جاتا ہے جہاں ایک خاص خریر عموماً سُنی جاتی ہے، اور مصراعی مرض کے لئے استماعِ قلب کرتے وقت اِن رقبوں کا یکے بعد دیگرے امتحان کرنا چاہیئے۔

اُورطی تسدّد کے خریرات سب سے زیادہ شدت کے ساتھ دوسری دائیں ضلعی کُرتی اور عظم القص کے مقامِ اتصال پر، اور دوسری دائیں بین ضلعی فضا کی انتہا (اُورطی رقبہ) پر سنائی دیتے ہیں۔ اُن کا تعاقب اوپر کی طرف دائیں ترقوی ہڈی کے اندرونی نصف کی جانب، اور گردن کے عروق میں کیا جا سکتا ہے، اور بعض اوقات وہ دائیں فوق الشوکہ حفرہ (supraspinous fossa) میں سنائی دیتے ہیں۔

اُورطی بازروی کے خریرات اُورطی رقبہ پر سنے جاتے ہیں۔ نیچے اُن کا تعاقب عظم القص یا اُس کی بائیں ہاتھ والی جانب کے برابر برابر، راسِ قلب کے رُخ میں کیا جا سکتا ہے، یعنے خون کی بازرو دھار کے خط کے ساتھ ساتھ۔ وہ عموماً

عظم القص کے بائیں جانب بلند ترین ہوتے ہیں، اور بعض اوقات صرف یہی وہ جگہ ہوتی ہے جہاں وہ سُنے جا سکتے ہیں۔

مطرانی تسدد کے خریرات صدر کے ساتھ صدم القلب کا جو نقطہ ہے اس (مطرانی رقبہ) پر سب سے زیادہ بلند سُنائی دیتے ہیں۔ گو بعض اوقات وہ اِس نقطہ اور عظم القص کے درمیان کم و بیش مسموع ہوتے ہیں، وہ راس پر ہمیشہ بہترین سُنائی دیتے ہیں، اور اکثر ایک یا ڈیڑھ انچ کے رقبہ پر سختی کے ساتھ محدود ہوتے ہیں۔ سماع الصدر کو نہ صرف اُس مقام پر رکھنا چاہئے کہ جہاں صدم کو طبعاً ملنا چاہئے بلکہ ہمیشہ حقیقی ضربِ قلب پر رکھنا چاہئے جو کہ امتحان سے معلوم ہوتی ہے۔ اگر صرف ہلکا دباؤ ہی کام میں لایا جائے تو وہ بہترین سنائی دیتے ہیں۔

مطرانی بازروی کے خریرات بیشتر راسِ قلب پر سب سے زیادہ شدت کے ساتھ سُنائی دیتے ہیں، لیکن وہ عموماً پیش قلبہ پر سے عظم القص اور قاعدۂ قلب کی طرف وسیع طور پر پھیلے ہوئے ہوتے ہیں، اگرچہ بالعموم وہ بائیں جانب کو تعاقب کرنے پر زیادہ زور سے سنائی دیتے ہیں۔ بغل میں اکثر اُن کی بلندی جاتی رہتی ہے لیکن وہ بائیں عظم الکتف کے زاویہ پر پھر سنائی دینے لگتے ہیں۔

ریوی تسدد کے خریرات بڑی شدت کے ساتھ دوسری بائیں بین ضلعی فضا میں اُس کے اندرونی سرے (ریوی رقبہ) پر سنائی دیتے ہیں، اور اُنکا تعاقب اُس فضا میں باہر کی طرف، اور اوپر بائیں ترقوہ کی طرف کیا جا سکتا ہے۔

ریوی بازروی کے خریرات تیسری بائیں ضلعی کرتی کے عظم القص کے ساتھ اتصال کے مقام پر، اور وہاں سے نیچے کی طرف دائیں بطین پر، عظم القص کے بائیں کنارے کے برابر برابر سنائی دیتے ہیں۔

مُثَلَّثی تسدد کے خریرات بعض اوقات (مطرانی تسدد کے خریرات کی طرح) ایک قبل انکماشی یا وسط انبساطی لے کے ساتھ عظم القص کے بائیں جانب، اُس کے اور چوتھی ضلعی کرتی کے مقام اتصال پر سنائی دیتے ہیں۔

مُثَلَّثی بازروی کے خریرات عظم القص کے زیرین نصف پر، اُس رقبہ پر سنائی دیتے ہیں جو قلب کے اُس حصے کے ساتھ خاصے قریبی طور پر مناظر

222

ہوتا ہے جو دونوں پھیپھڑوں کے درمیان کھلا ہوا رہ جاتا ہے لیکن وہ اکثر غضروفِ حنجرہ کے قاعدے (مثلثی رقبہ) پر محدود ہوتے ہیں۔

قلب کے پیدائشی نقائص اور اُورطی انورسما کے باعث پیدا ہونے والے خریرات بعد میں بیان کئے جائینگے۔

خریر کی نوعیت۔ آواز کی نوعیت اکثر اوقات نفخی (blowing)، اور بعض اوقات ریلے جیسی (rushing)، آرہ چلانے جیسی (sawing)، یا ریتنے جیسی (rasping) ہوتی ہے۔ بعض اوقات خریرات صریح موسیقی نوعیت رکھتے ہیں مصراع کے نیم علیحدہ شدہ ٹکڑے جو دموی رو میں کھیلتے ہوں، مصراعوں کے انشقاقات اور ڈھیلے احبالِ وتری (chordæ tendinæ) بعض اوقات ایسے ہی خریرات پیدا کردیتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں ایک خریر، جو گو موسیقی نہیں ہوتی، ایک نقطہ پر اس ارتفاع (pitch) کی نسبت ایک مختلف ارتفاع (pitch) رکھتی ہے جو کہ وہ ایک انچہ فاصلہ پر رکھتی ہے۔

غالباً خون کی رو کی رفتار (velocity) پر جاذبہ (gravity) کے اثر سے، خریرات مریض کی وضع کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ مثلاً لیٹی ہوئی وضع (recumbent position) میں اکثر اُورطی مطرانی اور مثلثی انکماشی خریرات کی بلندی میں ایک زیادتی ہوجاتی ہے۔ اس کے برعکس کھڑی وضع اکثر مطرانی تسدد کے اور اُورطی بازروی کے خریرات کی شدت کو بڑھا دیتی ہے۔ لیکن اس کے متعلق کوئی قطعی (hard and fast) قاعدہ مقرر نہیں ہے۔

خریرات کی اہمیت۔ یہ ایک حیرتناک امر ہے کہ خون جس راستہ (اوردہ، اُذین، بطین، شریان) میں سے ہوکر گذرتا ہے اس کے قطریہ (calibre) میں بڑے تغیرات موجود ہونے کے باوجود قلب میں کوئی خریرات عموماً نہیں پیدا ہوتے یہ تصور کرلینا آسان ہے کہ کوئی چھوٹا تغیر جو کوئی امراضیاتی اہمیت نہ رکھتا ہو صورت حالات کو بالکل بدل دیتا اور ایک خریر پیدا کردیتا ہے۔

دورانِ جنگ میں حاصل شدہ، خصوصاً لیوس (Lewis) اور اس کے رفقائے کار کے تجربہ کی بنا پر خریرات کی اہمیت کے متعلق خیالات بہت کچھ بدل گئے

ہیں۔ دستور یہ ہے کہ جس شخص میں انبساطی خریرات موجود ہوں، اور اُنکی بازروی یا مطرانی ضیق ظاہر کریں، اُسے ملازمت کے لئے زیادہ موزوں تصور نہ کیا جائے۔ تاہم انکماشی خریر کی موجودگی کو بالکل نظر انداز کر دینا چاہئے، کیونکہ یہ پایا گیا ہے کہ جو اشخاص بالآخر ناقابل ثابت ہوتے ہیں اُن کا تناسب انکماشی خریر رکھنے والوں میں بھی وہی ہوتا ہے جو کوئی خریر بالکل نہ رکھنے والوں میں ہوتا ہے۔ اس کا سبب بلاشبہ یہی ہے کہ بظاہر تندرست اشخاص میں جو انکماشی خریرات سنائی دیتے ہیں وہ بعض اوقات بروں قلبی ہو سکتے ہیں، لیکن جب حقیقی مطرانی بازروی موجود ہو تو بعض اوقات اس ضرر کی تعویض اتنی اچھی ہوتی ہے کہ دوسرے علامات کی غیر موجودگی میں قلب کی کارکردگی میں کوئی قابل شناخت فرق نہیں پایا جاتا۔

وہ خریرات جو کہ چار مصراعی دہنوں میں سے کسی ایک کے حقیقی مرض پر منحصر نہیں ہوتیں۔ مندرجہ بالا بیانات کا اطلاق اُن آوازوں پر ہے جو چار مصراعی دہنوں پر تسددات اور تراوشوں (leakages) سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ لیکن پیش قلبی رقبہ پر ایسی غیر طبعی آوازیں بھی سنائی دے سکتی ہیں جو دوسرے طریقوں سے پیدا ہو جاتی ہیں۔ ان میں سے بعض وظیفی خریرات (functional murmurs) کہلاتی ہیں، بمقابلہ اُن خریرات کے جو قلب کی ساخت کے مرض کے باعث ہوتی ہیں۔

دموی خریرات (hæmic murmurs)۔ عدیم الدم حالتوں میں جیسے کہ اخضریت (chlorosis) مُتلف عدم دمویت (pernicious anæmia) اور خون کے بڑے ضیاعات کے بعد رقبۂ قلب پر ایک انکماشی خریر سنائی دیتی ہے۔ یہ اپنی نوعیت میں اکثر کرخت (harsh) ہوتی ہے، اور دوسری بائیں بین ضلعی فضا میں بلند ترین سنائی دیتی ہے، اور اس فضا کے برابر برابر باہر کی طرف اور بائیں ترقوہ ہڈی کی طرف اس کا تعاقب کیا جا سکتا ہے، یعنے ریوی شریان میں خون کے بہاؤ کی سمت میں۔ یہ خریر اکثر لیٹی ہوئی وضع میں بلند ترین ہوتی ہے، اور مریض کے کھڑے ہونے پر کم بلکہ بالکل غائب ہو جاتی ہے۔ شدید عدم دمویت کی حالت میں بھی راس پر اور پیچھے بھی ایک خریر سنائی دے سکتی ہے۔ اس کی ایک ممکن توضیح یہ ہے کہ عدم دمویت میں جو خون کی بڑھی ہوئی رفتار (جو بڑھے ہوئے دقیقہ حجم

223

''minute volume'' کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے) ' ایک تلاطم انگیز حرکت یا خریر پیدا کر دیتی ہے ۔

بیرون قلبی خریرات (exocardial murmurs) ۔یہ نفخی نوعیت (blowing character) کی آوازیں ہیں ' جو اندرون قلب کے تغیرات سے نہیں بلکہ آواز کے اُن ارتعاشات سے پیدا ہو جاتی ہیں جو قلب سے باہر نمودار ہوتے ہیں۔ ان میں سے بعض ہر ضرب کے وقت جسامتِ قلب کے بدل جانے کے باعث ہوتی ہیں، جس سے شش کے متصل حصہ میں ہوا کے حرکات نمودار ہو کر قلبی لَے کے ساتھ مختصر تنفسی آوازوں کا ایک سلسلہ قلبی ریوی (cardio-pulmonary) پیدا ہوجاتا ہے ۔ ان میں سے عام ترین ایک مختصر بلند ارتفاع (high-pitched) کی انکماشی خریر ہوتی ہے ' جو اکثر راس تک محدود ہوتی ہے اور عصبی المزاج (nervous) یا گھبرائے ہوئے (excited) اشخاص میں اُن کے طبی امتحان کے وقت سنائی دیتی ہے ۔ ایسی خریر بعض اوقات پیچھے بائیں عظم الکتف (scapula) پر اور سامنے بھی سنائی دیتی ہے۔ اگر یہ مسماع الصدر کے سخت دباؤ سے غائب ہوجائے تو بعض لوگ اِس کے بیرون قلبی مبداء کو ثابت تصور کرسکتے ہیں ۔لیکن تاموری فرک کی آوازیں (pericardial friction sounds) ' جو یقیناً قلب سے باہر پیدا ہوتی ہیں، اور غلطی سے اندرونی حروات (internal bruits) سمجھی جاسکتی ہیں، دباؤ سے اکثر زیادہ ہوجاتی ہیں۔ ایک انکماشی راسی خریر ' جو صرف دورانِ شہیق (inspiration) میں سنائی دے یا صرف اُس وقت تک سنائی دے جبتک کہ شش پھیلا ہوا رہے ' غالباً اکثر قلبی ریوی ہوتی ہے ۔

دوسرے بیرون قلبی خریرات قلب کی غیر وضعیت (displacement) سے پیدا ہوجاتے ہیں ' جیسے کہ اُس وقت جبکہ وہ پلیورائی انصباب سے ' یا تشوہات (deformities) صدر سے مضغوط ہوجائے ۔ اور دوسرے بیرون قلبی خریرات قلب کے بالکل ہم پہلو اور زیادہ بائیں جانب پر شش اور پلیورا کی مرضی حالتوں سے پیدا ہوجاتے ہیں۔ بعض اوقات جبکہ ایک بڑا ریوی کہفہ قلب کے قریبی تماس میں ہو' نہایت غیرمعمولی خریرات سنائی دیتے ہیں، جس کی وجہ یہ ہے کہ ہر صدم القلب کے ساتھ ہوا کہفہ

یکایک باہر خارج ہوجاتی ہے ۔

فرک کی آوازیں (friction sounds)-رگڑ (rub) یا فرک کی آوازیں بروں قلبی آوازیں ہیں، جو قلب کی حرکتوں کے دوران میں ملتہب اور کھردری تامور یا سطحوں کے ایک دوسری پر حرکت کرنے سے پیدا ہوجاتی ہیں ۔ وہ اپنی نوعیت میں عموماً کرخت اور رگڑدار (rough and grating) ہوتی ہیں، اور اسی واسطے متذکرہ بالا نفخی خریرات سے بآسانی تمیز کی جاسکتی ہیں ۔ تامور ی رگڑ (pericardial rub) ایک منفرد آواز، انکماش کے دوران میں ہوسکتی ہے، یا ایک دوہری آواز، جبکہ ایک آواز انکماش کے دوران میں اور دوسری انبساط کے دوران میں ہوتی ہے ۔ یا وہ ایک تہری (triple) آواز ہوتی ہے جیسی کہ پہلو بدلنے کی آواز (shuffling) ہوتی ہے، جو نہایت ممیز ہوتی ہے ۔ وہ عموماً قلب کی آوازوں کے ساتھ ہم زماں نہیں ہوتی، وہ پیش قلبی رقبہ کے تقریباً کسی بھی حصے میں شروع ہوجاتی ہے اور اس کے سارے حصے پر پھیل سکتی ہے ۔ بعض اوقات وہ مسماع الصدر کے دباؤ سے زیادہ بلند ہوجاتی ہے پلیورائی تاموری فرک کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے ۔

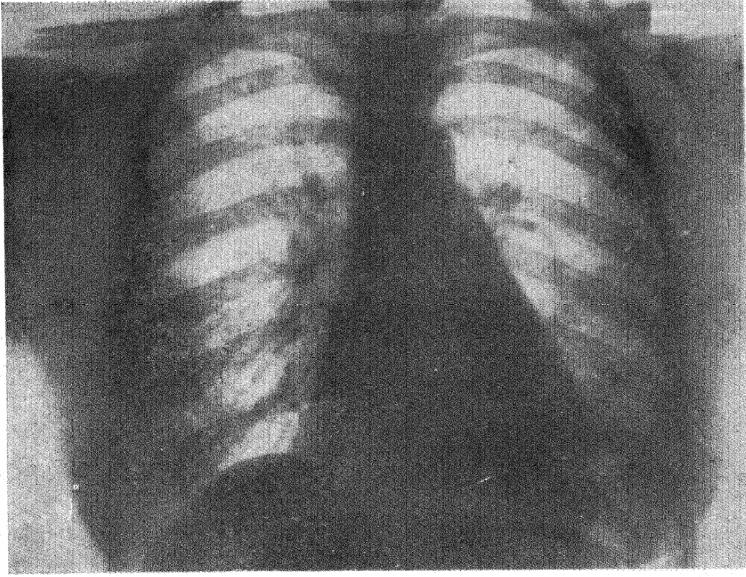
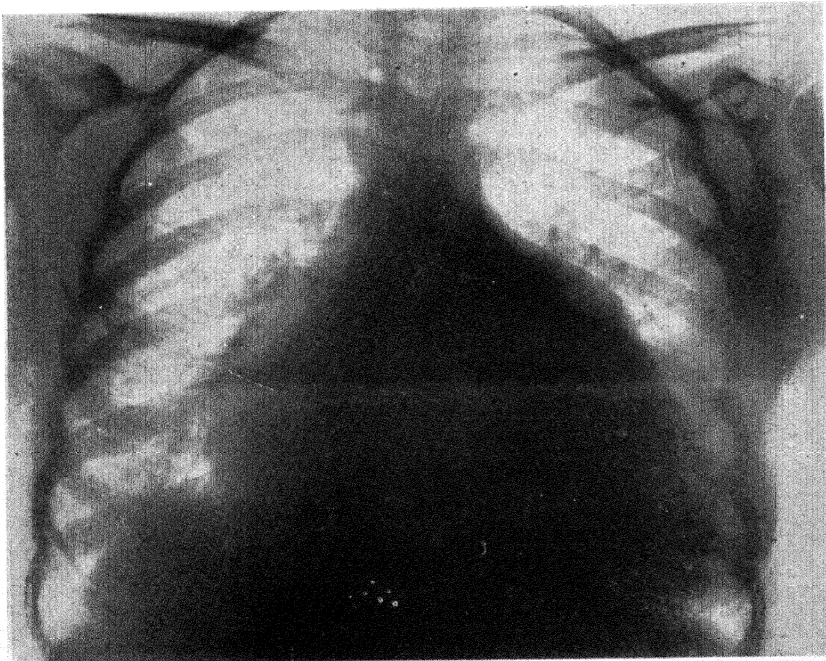
قلب کی قابلیتِ جہد کی تخمین

قلب کے تمام امتحانات میں سے اہم ترین، اس کی محفوظ قوت کی تخمین ہے جس سے اس کی اس عجیبیت کا دریافت کرنا مراد ہے جو وہ ورزش و محنت کے بعد ظاہر کرتا ہے ۔ یہ اپنی سادہ ترین شکل میں اس پر مشتمل ہے کہ مریض سے کوئی ورزش یا محنت، جیسے کہ جلد جلد چلنے، لیول پر یا زینہ پر دوڑنے یا ڈمبلس (dumb-bells) سے کوئی سادہ ورزش کرنے کو کہا جائے، اور پھر یہ مشاہدہ کیا جائے کہ آیا اس کی سانس غیر معمولی طور پر پھول گئی ہے، یا وہ اس محنت کے بعد خستہ ہوگیا ہے، آیا وہ زرد پڑجاتا ہے، یا اس کا بشرہ تشویشناک ہوگیا ہے، یا اسے ذبحی درد (anginal pain) پیدا ہوجاتا ہے ۔ اس تعلق میں مریض کی سرگذشت بھی نہایت اہمیت رکھتی ہے، مثلاً یہ کہ لڑکپن سے وہ مدرسہ کے کھیلوں میں حصہ لینے کے قابل کبھی نہ تھا، یا یہ کہ رثیتی بخار یا انفلوئنزا یا خناق وبائی کا حملہ ہونے کے بعد سے وہ دوڑنے کے قابل کبھی نہ ہوا، یا یہ کہ

وہ ریل پر سوار ہونے کے لئے کبھی نہیں دوڑتا، کیونکہ اُس کی سانس پھول جاتی ہے
یا یہ کہ وہ کبھی دوڑ کر زینہ پر نہیں چڑھتا، اور علیٰ ہذا القیاس ۔

ورزش یا محنت کی مجیبیت خریرات کی بلندی سے کوئی تعلق نہیں رکھتی۔
یہ حقیقت فوج کے لئے رنگروٹوں کے امتحان کے وقت مشاہدہ میں آئی۔ بہت سے
ایسے آدمیوں میں بلند پیش قلبی خریرات پائے گئے، جو خود کو ہمیشہ تندرست سمجھتے
رہے تھے، اور اُن کے قلوب نے ورزش کی بالکل طبعی مجیبیت ظاہر کی۔ اِس کے برعکس
اُورطی بازروی کی اصابتوں میں شدید ترین اصابتیں اکثر نرم ترین خریرات ظاہر کرتی
ہیں۔ قلب کی جسامت کی تخمین سے اُس کی شکل سے، اور عضلۂ قلب کی پیش پروردگی کی
مقدار سے تعویض طلب ضرر کی وسعت کا بہتر اندازہ حاصل ہوسکے گا۔ جس اور قرع
سے کام لیا جاسکتا ہے، لیکن لاشعاعوں سے نہایت یقینی معلومات حاصل ہوسکتے
ہیں۔ پیمائشیں صحیح دروں نگاری طور پر (orthodiagraphically) لینی چاہئیں۔

224

مرحوم ڈاکٹر جی۔ ایچ ہنٹ (G. H. Hunt)، جنہوں نے ورزش کے پہلے
اور اس کے بعد شرح نبض پر کثیر التعداد مشاہدات کئے، یقین رکھتے تھے کہ یہ مرض کی
حالت میں قلب کی کارکردگی کی تخمین کے لئے مفید ہے۔ ایک معینہ مقدار کے کام
کی موقوفی کے عین بعد، پہلے دو منٹوں کے دوران میں ضربات قلب کی تعداد شمار کی جاتی
ہے اور اُس کا مقابلہ بحالتِ آرام دریافت کردہ نبض کی شرح سے کیا جاتا ہے اور
ایک نسبت قائم کی جاتی ہے۔ مثلاً یہ فرض کیا جائے کہ شرحِ نبض بحالت آرام
۷۰ تھی اور ورزش کے بعد ۱۶۰ ضربات شمار کئے گئے، تو نسبت ۲۹ء۲ ہوگی۔ ورزش
ایک ۱۲ انچ بلند سیڑھی (قدم) سے چڑھنے اور اُترنے پر مشتمل ہوتی ہے۔ طبعی تربیت یافتہ
افراد میں جب وہ اس ورزش کو فی منٹ تیس بار کے حساب سے تین منٹ تک انجام
دیتے ہیں تو نبض کی نسبت تقریباً ۵ء۲ ہوتی ہے۔ مریض کے لئے یہ ورزش اس طرح
منتخب کی جاتی ہے (مثلاً دس، پندرہ، یا بیس سیڑھیاں فی منٹ، تین منٹوں کے لئے)
کہ جس سے نبض کی نسبت ۵ء۲ پائی جائے۔ فرض کیجئے کہ شرح ۲۰ تھی، تو پھر کارکردگی
۲۰/۳۰ شمار کی جاتی ہے یعنے طبعی کی ۲/۳ ۔ لیکن اُس شرح کا لحاظ رکھنا بھی مناسب ہے کہ
جس پر نبض ورزش کے بعد کم ہوجاتی ہے۔

الف ۔ معتدل درجہ کا مطرانی ضیق ۔ ملاحظہ ہو کہ بائیں طرف اورطی ڈگیا کے نیچے قلب کا کنارا سیدھا ہے۔

ب ۔ ترقی یافتہ مطرانی ضیق ۔ ملاحظہ ہو کہ بائیں کنارے پر اورطی ڈگیا مفقود ہے اور ریوی قمع متسع ہے ۔ دائیں کنارے پر جو ہلکا رقبہ ہے ممکن ہے وہ دائیں طرف کو پھیلا ہوا بایاں اذین ہو ۔ (یہ شعاع نگاشتیں مسٹر لنڈسے لاک نے لی ہیں)

لاشعاعوں کی مدد سے قلب کا امتحان

اِس ذریعہ سے جسامتِ قلب کی ٹھیک تعیین کی جاسکتی ہے ۔ یہ طریقہ نفاخ کی اصابتوں میں خاص اہمیت رکھتا ہے، کہ جن میں قرع عموماً غیر معتبر ہوتا ہے ۔ چونکہ شعاعیں ضد زیر برقیرہ (anticathode) سے منعکس ہوکر ایک نقطہ سے خارج ہوتی ہیں، لہٰذا وہ متوازی نہیں ہوتیں، اور اِس واسطے پردے پر کا سایہ اُس سے بڑا ہوتا ہے جتنا کہ قلب حقیقۃً ہے ۔ اِس کی اصلاح کے لئے قلب کی پیمائش صحیح دُروں نگاری طور پر ("orthodiagraphically") کرنی چاہیئے۔ ڈائفرام کو نیچے روک دیا جاتا ہے، اور نلی کو اِدھر اُدھر حرکت دیجاتی ہے، جس سے قلب کی کوریں پردے پر تنگ میدان کے وسط میں نظر آتی اور نمایاں ہوتی ہیں ۔

دوسرا طریقہ یہ ہے کہ مریض کو نلی کے سامنے ۶ فیٹ پر رکھکر شعاع نگارش (radiogram) لی جائے ۔ اِس فاصلہ پر شعاعوں کا اِنفراج اِسقدر ہوگا کہ کوئی شدید غلطی پیدا نہیں ہوسکتی ۔

اگرچہ لاشعاعوں سے قلب کا امتحان ایک بہت وسیع موضوع ہے اور یہاں اُسکی پوری بحث درج نہیں کی جاسکتی، تاہم چند نسبتۃً زیادہ اہم امور کا تذکرہ کیا جاتا ہے ۔

شکل ۱۲ میں، (۱) طبعی قلب کی شکل اور وضع نگار تشریح ظاہر کرتی ہے دیکھو اُورطی محراب اوپر کو دائیں طرف بروز کرنے والا ایک نمایاں ڈگیا (knuckle) بناتی ہے ۔

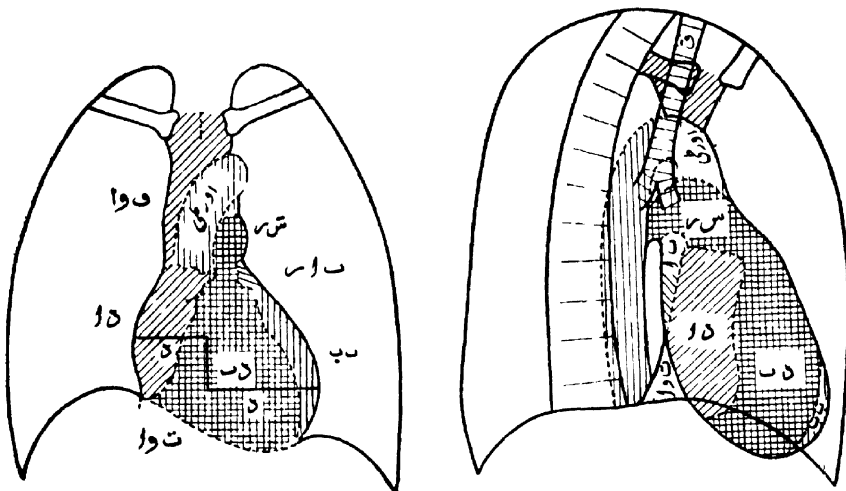
(۲) اسوقت جبکہ مریض دائیں اگلی ترچھی وضع میں ہو، شعاعیں پشت سے سامنے آرہی ہوں، طبعی حالت کو ظاہر کرتی ہے ۔

صحفہ ۱۱ (مطرانی ضیق) میں شکل ممیز ہے اُورطی ڈگیا جیسا کہ طبعی حالات میں ہوتا ہے کوئی نہیں ہے اس سے ذرا نیچے جو اتساع ہے وہ بائیں اُذینی ضمیمہ کے اتساع کی وجہ سے نہیں ہے جو کہ ہمیشہ بہت چھوٹا رہتا ہے، بلکہ یہ ریوی شریان کے قمع کی وجہ سے ہے جو کہ متسع ہوتا ہے اور اکثر ایک اُبھار پیدا کردیتا ہے، لیکن بایاں بطین معمول کی نسبت چھوٹا ہے، لہٰذا راس نوکیلا ہوجانے کا رجحان رکھتا ہے اور قلب کا بایاں کنارا

معمول کی نسبت زیادہ انتصابی ہے۔ اُذین متسع ہوتے ہیں اور یہ امر بریم نکلنے کے بعد ترچھی وضع میں، جیسا کہ (۲) میں بخوبی نظر آتا ہے۔ مری منحنی ہو جاتی ہے۔ بایاں اذین بسا اوقات بہت ہی متسع ہوتا ہے (انور سمائی اتساع)، اور دائیں طرف اس سے زیادہ پھیلا ہوتا ہے کہ جتنا بایاں اُذین۔

صحفہ ۱۲ الف میں جو تعویض یافتہ (compensated) اُورطی بازروی کی ایک اصابت ظاہر کرتا ہے، بایاں بطین گول اور راس نیچے اور باہر کی طرف ہٹا ہوا ہے اس پر بکثرت نبضان ہے۔ اُورطی متسع ہے اور گیا (knuckle) بہت ہی نمایاں ہے

خالص پیدائشی ریوی ضیق میں دایاں بطین بیش پرورده اور دایاں اُذین متسع، اور بایاں بطین باہر کی طرف ہٹا ہوا اور بالکل چھوٹا ہے (صحفہ ۱۲، ب)۔ اکثر ریوی شریان کا مبدا متسع ہوتا ہے، لیکن اس کا سبب غیر واضح ہے۔ جب فاصل بھی نامکمل ہوتا ہے تو قلب کی شکل طبعی ہوتی ہے، اگرچہ وہ بڑی ہوتی ہے۔

225 اس کی تعیین میں بھی کہ آیا قلب غیر معمولی طور پر بڑا ہے، صحیح دروں نگاری پیمائشیں مفید ہیں، جو ایک معمولی لاشعاعی منصوب (X-ray installation) سے بالکل آسانی سے حاصل کی جاسکتی ہیں۔ بہترین پیمائش جو لی جاتی ہے عرضی چوڑائی ہے جو کہ شکل ۱۲ (ا) میں دو ٹکڑوں د اور دَ سے بنی ہوئی ہے۔ مطلوبہ نقطوں کے مقام کی تعیین دشوار ہونے کی وجہ سے طولی پیمائش عموماً اتنی تسلی بخش نہیں ہوتی۔ طبعی قدروں کا انحصار فرد کے وزن پر رہتا ہے۔ رائل ایئر فورس (Royal air force) سے لئے ہوئے اٹھارہ اور چالیس سال کی عمروں کے درمیان بہترین نتائج کا حساب جدول میں خاص طور پر لگایا گیا ہے (63)۔ قلب کا عرضی قطر، لانبے پتلے لوگوں میں چھوٹا ہوتا ہے کیونکہ وہ انتصابی طور پر پڑا ہوتا ہے اور اس کا برعکس فرض کرو کہ قطر اقل سے ذرا کم ہے، اور موضوع کا وزن، جیسا کہ اس کی لمبائی سے اندازہ لگایا گیا ہے (ملاحظہ ہو جدول صفحہ 472)، اوسط سے کم ہے، ایسی صورت میں موضوع کو طبعی سمجھنا چاہئے۔ جب موضوع کا وزن اندازہ لگائے ہوئے وزن سے زیادہ ہو تو اعظم کی صورت میں بھی ایسی ہی رعایت کرنی ضروری ہے۔

شکل ۱۲

(۱) قلب کی تسماعیاتی تشریح - مقدم　　(۲) دائیں مقدم ترچھی (بجے - پارکنسن)-

ٹریڈگولڈ اور برٹن

(Treadgold and Burton)

وزن (پونڈوں میں)	قلب کی چوڑائی (ہ + ہ)		
	اقل	اوسط	اعظم
۲۰۰	۱۲٫۴	۱۳٫۷	۱۵
۱۹۰	۱۲	۱۳٫۳	۱۴٫۶
۱۸۰	۱۱٫۶	۱۲٫۹	۱۴٫۲
۱۷۰	۱۱٫۳	۱۲٫۶	۱۳٫۸
۱۶۰	۱۱	۱۲٫۲	۱۳٫۵
۱۵۰	۱۰٫۷	۱۱٫۹	۱۳٫۱
۱۴۰	۱۰٫۴	۱۱٫۵	۱۲٫۷
۱۳۰	۱۰٫۱	۱۱٫۱	۱۲٫۳
۱۲۰	۹٫۷	۱۰٫۸	۱۲٫۰
۱۱۰	۹٫۴	۱۰٫۳	۱۱٫۶
۱۰۰ (قیاس کردہ)	۹٫۱	۱۰٫۱	۱۱٫۳

عروقِ دمویہ کا امتحان

226

نبض کعبری

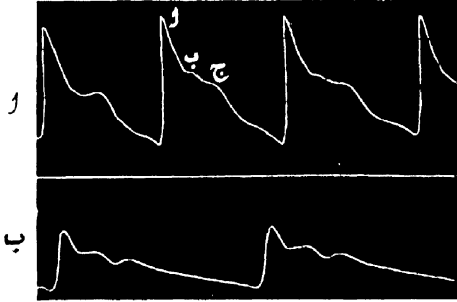
(radial pulse)

نبض، قلب کے فعل اور دورانِ خون کی حالت معلوم کرنے کا ایک اہم ذریعہ ہے۔ نبض کعبری پر مشاہدات کے لئے کلائی میں کعبری شریان (radial artery) نہایت عام طور پر کام میں لائی جاتی ہے۔ لیکن نبض کا امتحان دوسرے مقامات میں بھی کیا جاتا ہے، مثلاً زندی شریان (ulnar artery) میں کلائی میں، عضدی شریان (brachial artery) میں بازو میں، سباتی شریان (carotid) میں غضروفِ درقی (thyroid cartilage) کے پہلو میں، وجہی شریان (facial artery) میں اُس مقام پر کہ جہاں وہ نیچے کے جبڑے کے گرد گھومتی ہے، اوپری صدغی شریان (superficial temporal artery) میں کان کے اوپر، فخذی شریان (femoral artery) میں پوپارٹ کے رباط کے نیچے، پچھلی قصبیتی شریان (posterior tibial) میں اندرونی کعبیہ (internal malleolus) کے پیچھے، اور ظہری قدمی شریان (dorsalis pedis) میں پہلی بعد حمارتی (metatarsal) ہڈی کے قاعدے کے قریب۔

یہ یاد رکھنا چاہئے کہ کعبری شریان ہمیشہ ہی اپنے طبعی مقام پر نہیں رہتی، بلکہ بعض اوقات کعبرہ (radius) پر گھوم کر کلائی کے جوڑ سے ایک یا دو انچ اوپر کلائی کی پشت پر چلی جاتی ہے، اور ایسا ایک یا دونوں طرف ہونا ممکن ہے۔ نسبتہً شاذ مثالوں میں کعبری شریان غیر معمولی طور پر چھوٹی ہوتی ہے اور اسکی تعویض رفیق عصب وسطی شریان (comes nervi mediani) اپنی غیر معمولی جسامت سے کر دیتی ہے۔

نبض میں امورِ ذیل نوٹ کرنے کے قابل ہوتے ہیں:۔

شرحِ نبض اور توازن۔ شرح نبض یا نبض کا تواتر اور اس کی لے

یا نظم دونوں قلب کے فعل پر اسقدر کلی طور پر انحصار رکھتے ہیں کہ اُن کے تغیرات پر اُسی وقت غور کرنا بہتر ہوگا جبکہ فعلِ قلب کی غیر طبعی حالتوں سے بحث ہوگی۔ یہاں اِسی قدر بیان کر دینا کافی ہے کہ طبعی طور پر قلب ایک منٹ میں تقریباً ستر بار منظم طور پر ضرب لگاتا ہے، جس میں پچاس اور اسّی کے درمیان اختلافات ہوتے ہیں۔ یہ کہ نبض کُعبری کی موج، صدم القلب (impulse of the heart) سے نسبتہً معتدبہ عرصہ کے بعد محسوس ہوتی ہے۔ اور یہ کہ اگر کسی وجہ سے بُطین کے انقباضات اُورطی کے مصراعوں کی راہ سے کوئی خون خارج نہ کریں تو نبض کی ضربات بُطین کے انقباضات کی نسبت، تعداد میں کم ہو جاتی ہیں۔

نبضان (pulsation) کی مقدار اور زرقی ضغط النبض (pulse pressure=)۔ اس کی تعیین کا طریقہ یہ ہے کہ شریان پر اُنگلی کا دباؤ بڑھاتے جائیں یہاں تک کہ اتم نبضان محسوس ہو۔ آخر الذکر ضغط النبض کا نمائندہ ہے۔

شکل ۱۳۔ الف۔ طبعی نرم نبض۔ دباؤ ۲ اونس۔ ب۔ تصلب شرائین کی صلب نبض۔

نبض سریع (pulsus celer) میں یہ دباؤ بہ سرعت نمویاب ہو جاتا ہے (ملاحظہ ہو اُورطی بازروی=aortic regurgitation)۔ نبض بطی (pulsus tardus) میں یہ تاخیر کے ساتھ نمویاب ہوتا ہے (ملاحظہ ہو ضیق الاُورطی aortic stenosis=)۔ ضغط النبض شریان کی جسامت کے ساتھ، خون کی اس مقدار کے ساتھ جو ہر ضربِ قلب کے ساتھ شریان کے اندر بھیجی جاتی ہے، اور اُس سرعت کے ساتھ کہ جس سے قلب خون کو اُورطی کے اندر داخل کرتا ہے، اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ جب ضغط النبض قابلِ اطمینان ہو تو نبض کو بعض اوقات ممتلی (full)، کبیر (large) یا مُشرِف (bounding) کہتے ہیں۔ جب ضغط النبض کم درجہ کا ہو تو نبض کو صغیر (small) کہتے ہیں۔

ایک غیر منظم نبض میں ضربات عموماً اپنے نبضان کی مقدار میں، نیز اپنے وقوع کے وقت میں اختلاف پذیر ہوتے ہیں، کیونکہ ایک طویل انبساطی (diastolic) عرصہ سے بُطین کے اندر زیادہ خون جمع ہونے کے لئے وقت ملجاتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اگر قلب اطمینان بخش طریقہ سے نبض لگا رہا ہے تو آئندہ ضرب کے ساتھ اورطی مصراع کی راہ سے زیادہ خون خارج ہوگا (ملاحظہ ہو شکل ۲۶ اور ۲۷ صفحہ 237 پر)۔

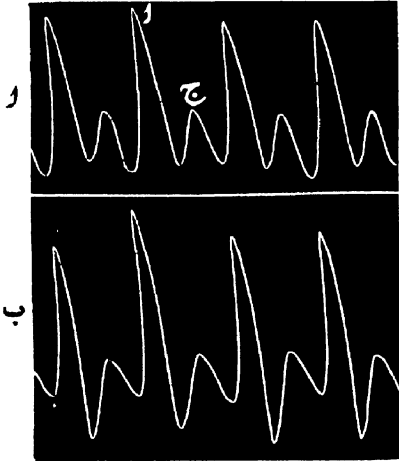
نبض متناقض (pulsus paradoxus) میں دوران شہیق میں نبض کی بہت تخفیف یا کلّی غیرموجودگی ہوتی ہے۔ اگرچہ یہ شاذ ہوتی ہے، لیکن کئی حالتوں کے تحت واقع ہوسکتی ہے، جیسے کہ التہابِ واسطی وتاموری (mediastino-pericarditis)، التہاب تامور (pericarditis)، واسطی سلعہ، شدید کمزوریٔ قلب، پلیورائی انصباب، یا ہوائی گذرگاہوں کے تسدّد (obstruction) میں۔ نبض کے حجم کا تذکرہ صفحہ 223 پر کیا گیا ہے۔

227

شریانی دیوار۔ اگر نبض کو انگلی کے دباؤ سے روکا جائے اور خون سے خالی کردیا جائے تو اُسے بحالتِ صحت شاذ ہی ایک جداگانہ ساخت کے طور پر محسوس ہونا چاہئے۔ لیکن اگر وہ شریانی تصلب (arterio-sclerosis) کی وجہ سے دبیز یا استوار ہوگئی ہے تو با سانی محسوس ہوجاتی ہے۔ اور اگر اُس میں انتہا درجہ کی تکلیس ہوگئی ہے تو رگ کی لمبائی پر انگلی اوپر اور نیچے پھیرنے سے کلسی جماؤ کی ناہمواریاں محسوس کی جاسکتی ہیں۔

نبض کی سختی، شریانی دباؤ (arterial pressure)۔ اگر شریان پر انگلی بڑھتے ہوئے زور کے ساتھ دبائی جائے تو بالآخر خون کا بہاؤ موقوف ہوجاتا ہے۔ بہترین یہ ہے کہ شریان کو بائیں ہاتھ کی انگشتِ شہادت سے دبایا جائے، اور دوسرے ہاتھ کی انگشتِ شہادت نیچے رکھدی جائے تاکہ اُس سے معلوم ہوجائے کہ نبض کب رُکتی ہے۔ اِس ہاتھ کی دوسری انگلیاں شریان پر اور آگے بڑھ کر دبانی چاہئیں، تاکہ شریانی تفممات (arterial anastomoses) کی وساطت سے نیچے سے کوئی نبض اوپر کو نہ آنے پائے۔ وہ نبضیں جن میں خفیف سا دباؤ کافی ہو، لیّن (soft) یا ضغط پذیر (compressible) کہلاتی ہیں، اور وہ جن میں زیادہ دباؤ کی ضرورت ہو

صَلَب (hard) یا ضغط ناپذیر (incompressible)۔ اُنگلی کے دباؤ سے نبض موقوف ہو جانے کے بعد اگر اُنگلی کو آہستگی کے ساتھ اُٹھایا جائے تو نبض صَلَب کی حالت میں خون اُنگلی کے نیچے اس سے بہت زیادہ قوت کے ساتھ گذرتا ہوا محسوس ہوگا کہ جتنا وہ نبض لیّن کی حالت میں گذرتا ہے۔ صلابت نبض اور ضغط نبض بلا ایکدوسر پر منحصر ہوئے اختلاف پذیر ہوسکتے ہیں۔ اوسط انبساطی ضغط (mean diastolic pressure) کا اندازہ اُس ضغط یا دباؤ کو نوٹ کرکے کیا جاسکتا ہے جو اعظم نبضان حاصل کرنے کے لئے اُنگلی کو شریان پر لگانا پڑے۔

شکل ۱۴۔ الف ضربتینی نبض تپ میں۔ تپش ۱۰۲،۲°۔ ب۔ بیش ضربتینی نبض تپ میں (تپ محرقہ)۔ تپش ۱۰۳°۔

اگرچہ یہ امور ایک تربیت یافتہ طبیب کی اُنگلی سے ایک خاص حد تک شناخت ہوسکتے ہیں، تاہم زیادہ دقیق تفصیلات صرف آلات کے ذریعہ سے معلوم ہوسکتے ہیں جنمیں سے نبض نگار (sphygmograph) اور ضغط النبض پیما (sphygmomanometer) کا استعمال عام ہے۔

نبض نگار (sphygmograph)۔ اِس آلہ میں ایک ہلکی کمانی کعبری شریان کو دباتی ہے، اور شریانی دیوار کی حرکت ایک بیرم کو منتقل ہو جاتی ہے۔ اور اِس میں ایک باریک نوک لگی ہوئی ہوتی ہے، جو تکبیر یافتہ (magnified) حرکات کی ترسیم ایک سیاہ کاغذ پر کردیتی ہے، جو ایک گھڑی کل (clockwork) کے ذریعہ اُفقاً حرکت کرتا رہتا ہے۔ شریان پر کمانی کا ضغط (pressure) جو صحیح اندراج حاصل کرنے کے لئے ضروری ہے ہر حالت کے ساتھ مختلف ہوتا ہے، اور بہترین آلات وہ ہیں جو استعمال کردہ ضغط کی مقدار کی تسجیل اونسوں (ounces) میں کرتے ہیں۔

تواتر اور نظم (regularity) کے علاوہ، جو فی الفور محسوس کیئے جا سکتے ہیں، اندراج کے دوسرے خصوصیات بھی ہیں جن کے لیئے خاص مطالعہ کی ضرورت ہے۔ نبض ثریانی کی ہر ضرب کی ترسیم میں (ملاحظہ ہو شکل ۱۳) ایک جزو صاعد (upstroke) ہوتا ہے، جو غیر منقطع اور تقریباً انتصابی ہوتا ہے! ور ایک جزو نازل (downstroke)، جو ترچھا ہوتا ہے، اور ایک یا دو ارتفاعات سے منقطع (interrupted) ہوتا ہے جنکے درمیان نشیب حائل ہوتے ہیں۔

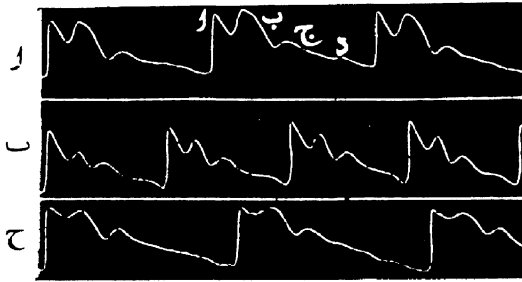
جزو صاعد (upstroke) دباؤ کی زیادتی کا نمائندہ ہے، جو بائیں بطین کے انقباض کے باعث ہوتی ہے، جبکہ وہ بطین اورطی کے اندر خون کو دھکیلتا ہے۔ دباؤ کی یہ موج بسرعت محیطی شرائین میں منتقل ہو جاتی ہے۔ اِس جزو صاعد (upstroke) کے راس کو موج القراع (percussion wave) کہتے ہیں۔ اِس کی بلندی بطینی انقباض سے خارج شدہ خون کی مقدار سے متناسب ہوتی ہے، اور انقباض کی سرعت یا فجائیت (suddenness) ضربی جزو (stroke) کے انتصابی مَمرّ سے ظاہر ہوتی ہے۔ یہ بلندی اُسوقت بھی زیادہ ہوتی ہے جبکہ شریانی دیوار ملائم (yielding) ہو، اور اُسوقت کم ہوتی ہے جبکہ شریانی دیوار تنیدہ (tense) اور مُدافع (resistant) ہو۔ اشکال ۱۳ الف اور ب اور ۱۴ الف اور ب کا اشکال ۱۵ الف، ب، ج سے مقابلہ کرو[1]۔

228

جزو نازل (downstroke) کے مَمر پر کے ارتفاعات میں سب سے زیادہ مستقل ضربتینی موج (dicrotic wave) ہے (شکل ۱۳ الف ج - شکل ۱۴ الف ج - شکل ۱۵ الف ج)۔ یہ بیشتر نبضوں میں موجود ہوتی ہے۔ جب یہ نہایت نمایاں ہو، جیسے کہ شکل ۱۴ ا میں، تو اِس موج کو اُنگلی محسوس کر سکتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ نبض متضاعف (reduplicated) معلوم ہوتی ہے، جو نام نہاد ”ذو ضربتین“

---

[1] یہ اِرتسامات ماری کے نبض نگار سے لیئے گئے تھے۔ ایک لمبا اور سریع جزو صاعد پیچھے کی طرف اِسوجہ سے خمیدہ ہے کہ سوئی ایک لمبے بیرم کے سرے پر لگی ہوئی ہے، جو ایک ایسے نصاب (fulcrum) پر کام کرتا ہے، جس کا محور کا غذ کی حرکت کے خط سے عرضی رُخ میں ہے۔

('' dicrotic'') نبض ہے ۔ یہ ایک موج کے باعث ہے، جو مسدود اُورطی مصراعوں سے اور اُورطی کی دیواروں سے معکوس ہوتی ہے ۔ اس سے عین پہلے ایک نشیب ہوتا ہے، جس کا نام ضربتینی کٹاؤ (dicrotic notch) ہے، جو بُطینی اِنکماش (ventricular systole) سے تناظر ہوتا ہے، اور اُورطی مصراعوں کی مسدودی کا نمائندہ ہے ۔ اس طرح، موج القرع (percussion wave) کے آغاز اور ضربتینی کٹاؤ (dicrotic notch) کے پیندے کے درمیان کا فاصلہ، انکماشی عرصہ (systolic period) کہلاتا ہے ۔ جب ضربتینی کٹاؤ قاعدی خط تک پہنچ جاتا ہے (شکل ۱۴ الف) تو نبض کامل ضربتینی (fully dicrotic) کہلاتی ہے بعض اوقات وہ قاعدی خط سے نیچے واقع ہوتا ہے، اور پھر نبض بیش ضربتینی (hyperdicrotic) کہلاتی ہے (شکل ۱۴ ب) ۔ اس صورت میں دوسری ضرب کی موج القرع ضربتینی موج کے تمام تر گذر جانے سے پہلے آتی معلوم ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ فی الحقیقت یہ واقعہ ضربات کی بڑھی ہوئی سرعت کے باعث ہو ۔ ضربتینیت

شکل ۱۵ ۔ الف ۔ حاد مرض برائٹ ۔ دباؤ ۴ اونس ۔ ب ۔ حاد مرض برائٹ، ۵ ہفتے کی مدت ۔ دباؤ ۷ اونس ۔ ج ۔ مزمن مرض برائٹ ۔ دباؤ ۶ اونس ۔

(dicrotism) نبض لیّن (soft pulse) یعنے کم تناؤ والی نبض میں بہترین نمایاں ہوتی ہے، جبکہ شریانی دیوار ملائم ہوتی ہے ۔ وہ عروق حرکی شلل (vaso-motor paralysis) کا ایک عام نتیجہ ہوتی ہے، جیسا کہ طویل المدّت حموی اصابتوں میں دیکھا جاتا ہے (شکل ۱۴)، اور امائل نائٹرائٹ (amyl nitrite) کے استعمال سے فی الفور پیدا کی جا سکتی ہے ۔ وہ اُن حالتوں سے کم یا زائل ہو جاتی ہے جو نبض صلب (hard pulse) یعنے بلند تناؤ والی نبض پیدا کر دیں، جیسے کہ مرض برائٹ ۔ نیز وہ اُورطی بازروی (aortic regurgitation) سے، جو ایسی حالت ہے کہ جس میں

موج کا انعکاس نامکمل طور پر واقع ہوتا ہے، کم یا زائل ہوجاتی ہے۔

موج القرع اور ضربتینی موج کے درمیان، یعنے اُورطی کٹاؤ سے پہلے، اور اسواسطے بُطین کے عرصۂ انکماش سے تناظراً، اکثر ایک موج ہوتی ہے جو خون کے اُس باہر کی طرف جانے والے بہاؤ سے منسوب کی جاتی ہے، جو موج القرع کے بعد ہوتا ہے۔ اُسے جزری موج (tidal wave) یا موج قبل الضربتین (predicrotic wave) کہتے ہیں (شکل ۱۳ الف ب شکل ۱۴ الف ب)۔ یہ صلب نبضوں میں بہترین دیکھی جاتی ہے (شکل ۱۵)، یعنے بلند شریانی تناؤ کی حالتوں میں، جبکہ یہ گمان ہوسکتا ہے کہ خون کے تموجات غیر معمولی طور پر عمدگی کے ساتھ منتقل ہونگے۔ بعض اوقات جزری موج اتنی اچھی نمایاں ہوتی ہے کہ نبض متضاعف معلوم ہوتی ہے، جیسے ضربتینی نبض سے (جس میں تضاعف مبالغہ آمیز ضربتینی موج کی وجہ سے ہوتا ہے) امتیاز کرنے کے لئے، نام نہاد طور پر دو ضربی نبض (pulsus bisferiens) کہتے ہیں۔ اِس کے برعکس نہایت لیّن نبضوں میں جزری موج، موج القرع میں غائب ہوجاتی ہے (شکل ۱۴ الف اور ب)۔ وہ نبض جس میں جزری موج موج القرع کی نسبت زیادہ بلند صعود کرتی ہے، شہوقی (anacrotic) کہلاتی ہے، کیونکہ اسمیں موج القرع صعودی جزو (ascending limb) میں ایک ارتفاع بنا دیتی ہے، جو قاعدے اور بلند ترین نقطہ کے درمیان ہوتا ہے۔

کبھی کبھی موج القرع کے بعد ایک یا دو خفیف سے تموجات دیکھے جاتے ہیں (شکل ۱۵ الف د)۔ یہ صرف بلند تناؤ والی نبضوں کے ارتسامات میں واقع ہوتے ہیں۔

ضغط النبض پیما (sphygmomanometer)۔ بالائی بازو کے گرد رَبڑ کی ایک چوڑی چپٹی تھیلی لپیٹ دی جاتی ہے، جو کسی غیر وسعت پذیر مادہ سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، اور جس میں ایک الحاقی ربر کی نلی کی راہ سے ایک ربر کے گولے اور مصراع کے ذریعہ ہوا زور سے بھری جاسکتی ہے۔ اِس تھیلی سے نکلنے والی ایک دوسری نلی ایک ضغط پیما (manometer) سے جوڑ دی جاتی ہے، اور رَبڑ کی تھیلی کے اندر کا ضغط سیمابی ملی میٹروں میں ناپا جاتا ہے۔ بازو بند کے اندر ہوا پمپ کی جاتی ہے

یہاں تک کہ اُس کا دباؤ کلائی کی نبض کو روکنے کے لئے کافی سے زائد ہو جائے۔ پھر ہوا کو بتدریج باہر نکلنے دیا جاتا ہے، یہاں تک کہ دباؤ گھٹ کر ایک ایسے نقطہ پر آجائے کہ جہاں نبض ذرا ہی محسوس ہوتی ہو۔ پیمانہ (scale) پر کا وہ عدد جہاں پارہ اِس وقت ٹھیرا ہوا ہے، اِنکماشی ضغط (systolic pressure) کا نمائندہ ہے، جس کی تعیین بذریعۂ جس (palpation) ہوئی ہے۔

229 اَوسط انبساطی ضغط (diastolic pressure) کی بہترین پیمائش استماع (auscultation) کے ذریعہ سے ہوتی ہے۔ مسماع الصدر یا مسماع الصوت (phonendoscope) کہنی کے خم کے مقام پر عضدی شریان کے اوپر لگائی جاتی ہے اگر نبض کو ضغط کے ذریعہ بالکل مطموس کر دیا جائے اور پھر اِس دباؤ کو بتدریج گھٹایا جائے تو آواز کی چار ہیئتیں (phases) علی الترتیب سنائی دیتی ہیں۔ پہلی ہیئت ایک دھیمی سی تپک (faint throb) ہے، جو ابتداءً ایسے دباؤ (اِستماع کے ذریعہ دریافت کردہ اِنکماشی ضغط) پر مشاہدہ میں آتی ہے جو جس سے دریافت کردہ اعظم انکماشی ضغط سے چند ملی میٹر زائد ہوتا ہے۔ یہ ایک بلند مختصر سی خریر میں تبدیل ہو جاتی ہے، جو دوسری ہیئت ہے۔ اور بھی کم دباؤ پر یہ خریر متغیر ہو کر ایک بلند تپک (loud throb) بنجاتی ہے۔ یہ تیسری ہیئت ہے۔ پھر یہ یکایک بدل کر ایک نرم تپک (soft throb) بنجاتی ہے۔ یہ چوتھی ہیئت ہے۔ اوسط اِنبساطی ضغط (mean diastolic pressure) وہ دباؤ ہے جو تیسری ہیئت کے چوتھی ہیئت میں تبدیل ہونے کے ساتھ متناظر ہوتا ہے۔

کِل گور (Kilgore) نے سولہ اور چھتیس سال کے درمیان عمر کے اشخاص پر ایک وسیع سلسلۂ مشاہدات کیا ہے۔ اوسط انکماشی ضغط ۱۲۰ ملی میٹر تھا، لیکن اِس کے اِدھر اور اُدھر ایک وسیع جولانی (range) پائی گئی، اور ۲ فیصدی مثالوں میں ضغط ۹۵ ملی میٹر سے نیچے، اور ۱۴۰ ملی میٹر سے اوپر پایا گیا۔ انبساطی ضغط کی پیمائشوں نے اِستماعی طریقہ سے ۸۰ ملی میٹر کی اَوسط قدر (mean value) ظاہر کی، لیکن بہت سے مقروآت (readings) ۷۰ اور ۹۰ ملی میٹر کے تھے۔ ۱۰۰ سے کم کے دموی ضغط میں یہ ضروری نہیں ہے کہ کامل صحت موجود نہ ہو، اور موضوعات قلیل الوزن

ہونے کا رجحان رکھتے ہیں (67) ۔ یہاں یہ کہدینا بھی قرین انصاف ہے کہ ضغط النفس پیما کے متعلق اعتراضات پیش کئے گئے ہیں کہ یہ بہت بلند نتائج ظاہر کرتا ہے (8)۔

اِستماعِ شرائین

اگر سباتی اور زیر ترقوی شریان کا اِستماع سماع الصدر سے بلا ضغط کیا جائے تو عموماً دو آوازیں (sounds) سُنائی دیتی ہیں، یعنے ایک انکماشی آواز (systolic sound) جو عرق کے پھیلاؤ (expansion) کی وجہ سے ہوتی ہے، اور دوسری انبساطی آواز (diastolic sound) جو ایصال شدہ (conducted) اُورطی دوسری آواز ہوتی ہے۔ بعض اوقات اِن میں سے پہلی آواز نہیں موجود ہوتی ۔ شکمی اُورطی اور فخذی شریان پر بھی ایک اِنکماشی آواز متذکرہ بالا آواز جیسی سنائی دیتی ہے ۔ دوسرے شرائین میں بالعموم جبتک کہ سماع الصدر سے دباؤ نہ لگایا جائے کچھ بھی سُنائی نہیں دیتا۔

جب جسم کے کسی حصّے یا جوارح میں کسی شریان کا تاعکی اِتساع (saccular dilatation) یا اُنورسما واقع ہوجاتا ہے تو اکثر اوقات ایک اِنکماشی خرخر (systolic murmur) سنائی دیتی ہے، اور اِس کو منجدھار اور بھنوروں (fluid vein and eddies) سے منسوب کیا جاتا ہے جو خون کے دہنہ شریان سے نکلکر ایک عریض تر فضاء، یعنے تاجِہ اُنورسمائی میں، جانے سے پیدا ہوجاتے ہیں۔ چونکہ اُنورسما اکثر اُورطی کے قاعدہ اور دلیوار کے تعلق میں پہنچاتے ہیں، جو قلب کی قریبی مجاورت (close proximity) میں ہوتے ہیں، لہٰذا ممکن ہے کہ وہ پیش قلبی قبہ (præcordial area) میں خریرات پیدا کردیں، جو اُن خریرات سے، جو قلب کے دہنوں میں پیدا ہوجاتے ہیں، بمشکل شناخت ہوسکتے ہیں ۔

نبضِ وریدی

(venous pulse)

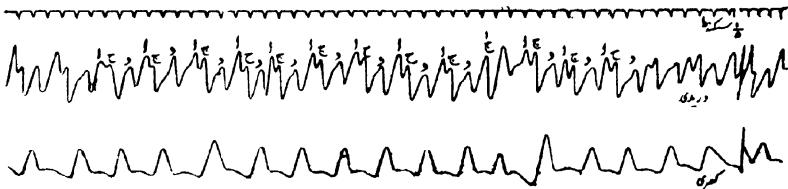
جسم کی بڑی وریدوں میں کسیقدر نبضان ہونا ایک طبعی (normal)

مظہر ہے، اور بعض بالکل تندرست دوران خون والے اشخاص کی بیرونی اور اندرونی دونوں وداجی وریدوں میں ایک تموّجی (undulating) یا نابض (pulsatile) حرکت دیکھی جاسکتی ہے۔ لیکن عموماً یہ مفقود ہوتی ہے یا نمایاں نہیں ہوتی۔ سادہ معائنہ سے نبضِ کُعبری (radial pulse) کے حرکات کے ساتھ اِن حرکات کا ایک تعلق شناخت کرلینا اکثر مشکل ہوتا ہے۔ بیرونی وداجی ورید ترقوی ہڈی سے عین اوپر دیکھی جاسکتی ہے، اور اُس کے حرکات شریانی حرکات سے اِس خصوص میں اختلاف رکھتے ہیں کہ اُن کا پھیلاؤ (expansion) کم درجہ کا ہوتا ہے اور اُن کا ہبوط (collapse) نسبتہً زیادہ ناگہانی اور کعبری شریان کے اِرتفاعات (rises) کے ساتھ تقریباً متناظر ہوتا ہے۔

اندرونی وداجی ورید گردن کے اطراف پر جبڑے کے زاویہ اور قصی علمی عضلہ کے درمیان ایک بڑی تموّجی حرکت پیدا کردیتی ہے، جس کا اِرتفاع سُست اور اُتار نسبتہً زیادہ سریع ہوتا ہے۔ اِس حرکت کو سباتی شریان کے نبضان سے خلط ملط نہیں کردینا چاہئے۔

وداجی نبض پر ایک طنبور لگا کر اُس کے ذریعہ سے ترسیمات لیکر اور زیادہ صحیح معلومات حاصل کئے جاسکتے ہیں۔ طنبور کے حرکات ایک سُوئی میں منتقل ہوجاتے ہیں، جو یا تو ایک طبل پر، یا ضغط النبض پیما کے دُھنیلے کاغذ (smoked paper) پر ترقیم کرتی ہے اور یہ ترقیم ایک کُعبری ترسیم (radial tracing) کے متوازی ہوتی ہے، جیسے کہ میکنزی کے کثیر نگار (polygraph) میں۔ وداجی نبض کے حاصل کرنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ اِس آلہ کے اُتھلے پیالہ کو وداجی بصلہ (jugular bulb) کے اوپر رکھدیا جائے، یعنے ترقوی ہڈی کے قصی سرے سے قدرے اوپر اور ایک انچ باہر کو، بہتر ہے کہ دائیں جانب کو۔ اُسی جانب کے قصی حلمی عضلہ کے ریشے مرخی (relaxed) کئے جاتے ہیں۔ عموماً جو ترسیم حاصل ہوتی ہے اُس میں تین موجیں (مثبت امواج) ظاہر ہوتی ہیں، جن کے درمیان بلاشبہ، نشیب (منفی امواج) بھی حائل ہوتے ہیں۔ پہلی مثبت موج (شکل ۱۶، ا) کعبری ترسیم (radial tracing) کے انکماشی زمانہ سے عین پہلے واقع ہوتی ہے اور اُس کا دائیں اُذین کے انقباض کی وجہ سے ہونا سب کے نزدیک مسلمہ ہے۔ حیوانی تجربہ سے ظاہر ہوگیا ہے کہ دوسری

230

مثبت موج (ج) اِس وجہ سے ہوتی ہے کہ دائیں بُطین کے انقباض کے دوران میں اُذینی بُطینی مصراع (auricular-ventricular valve) (مُثلّثہ=tricuspid) دائیں اُذین کے اندر بروز کرآتا ہے۔ اِس کے بَرعکس بہت سی انسانی ترسیمات میں وہ بلاشبہ بالخصوص سباتی شریان کے نبضہ کی وجہ سے ہوتی ہے۔ دونوں صورتوں میں وہ ایک بُطینی انقباض کا نمایندہ تسلیم کی جاتی ہے۔ اور ا اور ج کے درمیان کا فاصلہ اُس وقت کا ناپ سمجھا جاتا ہے کہ جس میں عضلی انقباض کی موج کا ایصال اذین سے بُطین تک ہوتا ہے۔ طبعی افراد میں اُسکی مدت تقریباً ⅕ سیکنڈ (ثانیہ) ہوتی ہے۔ تیسری موج (و) غالباً اُس تصادم (shock) کی وجہ سے ہوتی ہے، جو ریوی مصراعات کے مسدود ہونے کے بعد یکایک تن جانے (sudden stretching) سے پیدا ہوجاتا ہے، اور جو بُطین، اُذین، اور وریدوں کی راہ

شکل ۱۶۔ ایک کثیر نگاری مُنحنی (polygraphic curve) جو معلیاتی وریدی نبض کی تین موجیں اوپر والی ترسیم میں ظاہر کرتا ہے، جو گردن کی وریدوں سے لی گئی ہے۔ نیچے والی ترسیم کُعبری تریان سے لی ہوئی ہے بُطین کے ہر انکماش کے ساتھ دو موجیں، ج اور و ہیں۔ ہر دَور میں ج سے پہلے، اور بلحاظ وقت ایک پیش اِنکماشی (pre-systolic) 'موج ا ' نظر آتی ہے، جو اُذینی اِنکماش کا نتیجہ ہوتی ہے (T. Lewis)۔

سے پیچھے کی طرف ایصال ہوتا ہے۔

وریدی نبض کی ایک اہم ترسیم وہ ہے جس میں موج ا غیر موجود ہوتی اور صرف ج اور و امواج واقع ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو شکل ۴۳ صفحہ 243)۔ موج ا کی غیر موجودگی سے یہ مستنبط کیا جاتا ہے کہ اُذین طبعی طور پر منقبض نہیں ہورہا ہے اور اس واسطے مندرجہ امواج محض بُطین کے سبب سے ہیں۔ اسی بنا پر ایک طبعی وداجی ترسیم کہ جس میں تینوں امواج ہوتی ہیں

وریدی نبض کی ایک اُذینی شکل (auricular form) کا نمائندہ قرار دیجاتی ہے اور آخر میں جو ترسیم بیان کی گئی ہے وہ وریدی نبض کی بطینی شکل (ventricular form) یعنی اُذینی ریشکی انقباض (auricular fibrillation) کی نبض کا نمائندہ ہے۔

بعض اوقات محیطی وریدوں (peripheral veins) بالخصوص پشتِ دست اور پشتِ پا کی وریدوں، میں ایک مختلف قسم کا نبضان دیکھنے میں آتا ہے، جو شریانی موج کے عروقِ شعریہ میں سے ہوکر وریدوں تک منتقل ہونے کی وجہ سے ہوتا ہے۔ یہ عروقی دیواروں کے انتہائی اِرتخاء (relaxation) کی وجہ سے پیدا ہوجاتا ہے، جس کے ساتھ قلب کا فعل بھی بہت طاقتور یا ہیجان کے ساتھ ہو۔ مثلاً حُموی اصابتوں میں، موسم گرما کی گرمی میں، یا پیٹ بھر کھانے (full meal) کے بعد۔

استماعِ اُوردہ

اگر سماع الصدر کو نہایت عدیم الدم (anæmic) اشخاص میں، اور تندرست بچوں میں، دواجی ورید کے حصۂ زیریں پر، اُس نقطہ پر رکھا جائے کہ جہاں قصی حلمی عضلہ کی قصی چسپیدگیاں (sternal attachments) اُس کی ترقوی چسپیدگیوں (clavicular attachments) سے جُدا ہوتی ہیں، تو ایک مسلسل بھنبھناہٹ دار (humming) یا ریلنے کی آواز (rushing noise) سنائی دیگی، جسے وریدی غنان (venous hum) یا حرو خذروفی (bruit de diable) کہتے ہیں (ڈایابل "diable" ایک فرانسیسی کھلونا کا نام ہے، جس سے ایسی ہی آواز نکلتی ہے)۔ یہ خرخر (murmur) اِنتصابی وضع میں بہترین سنائی دیتی ہے، اُسوقت جبکہ منہ اُس جانب سے جس کا امتحان کیا جارہا ہے، دوسری طرف پھرا ہوا ہو۔

فعلِ قلب کی غیر طبعی حالتیں

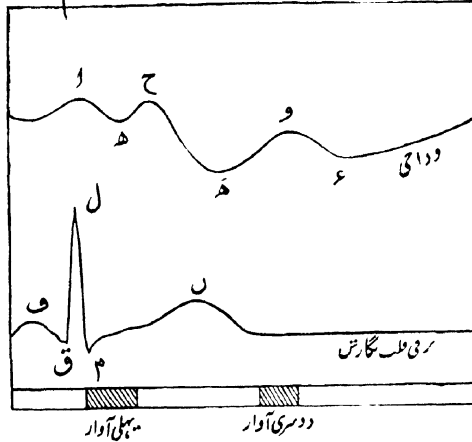
(ABNORMALITIES OF CARDIAC ACTION)

ضرب قلب کے طبعی میکانیہ پر پہلے غور ہو چکا ہے۔ یہ دریافت کرنے کے لئے کہ

اِس میکانیہ میں کوئی غیر طبعی حالت موجود ہے یا نہیں، اور اگر ہے تو وہ کیا ہے، طب میں عموماً دو مختلف طریقے مستعمل ہیں۔ اُن کی خاص منفعت یہ ہے کہ وہ اُذینی اور بُطینی دونوں قسم کے انقباضات ظاہر کر دیتے ہیں۔

پہلے طریقہ میں ایک کثیر نگار (polygraph) کے ذریعہ سے وداجی نبض اور ایک شریانی نبض، جیسے کہ کعبری، دونوں بہ یک وقت لی جاتی ہیں اور پھر اُن کا باہم مقابلہ کیا جاتا ہے۔ حاصل شدہ ترسیمات اُذینی انقباضات کی موجودگی یا غیر موجودگی، اور بُطینی انقباضات کے ساتھ اِن کا تعلق، اور اِن دونوں اقسام کے درمیان حائل ہونے والے وقت کی لمبائی ظاہر کرتے ہیں، اور اگر یہ وقت ۱/۵ سیکنڈ سے زائد ہو تو جزئی قلبی سدودی (partial heart-block) موجود ہے۔

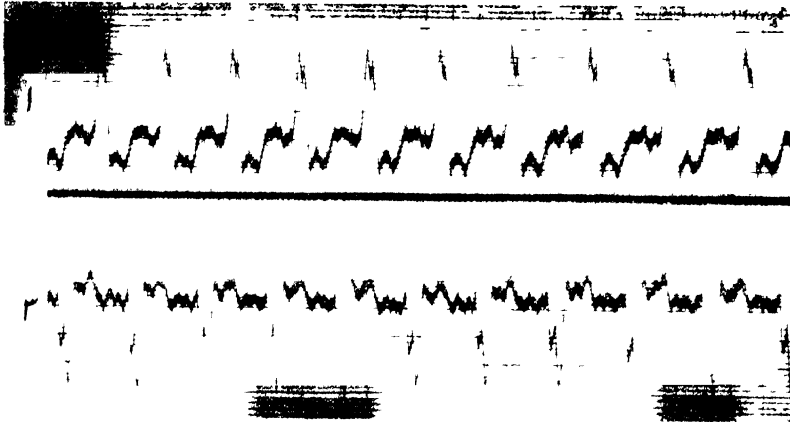
231

دوسرا طریقہ بذریعۂ ایک برقی قلب نگار (electro-cardiograph) کے ہے، یہ ایک حسّاس مقناطیسی برق پیما (galvanometer) ہوتا ہے، جو ہر ضرب کے ساتھ قلب سے پیدا ہونے والی برقی رَوؤں کا اندراج کرتا ہے۔ اس آلہ میں کوارٹز (quartz) کا ایک باریک چاندی چڑھا ہوا ریشہ ایک طاقتور برقی مقناطیس (electro-magnet) کے قطبین کے درمیان معلّق ہوتا ہے۔ اِس ریشہ کا ہر سِرا مریض کے جوارح سے تین طریقوں سے جوڑ دیا جاتا ہے، جن کو تقویدیں (leads) کہتے ہیں۔ پہلی یا عرضی تقوید میں دونوں ہاتھ آلہ سے جُڑے ہوئے ہوتے ہیں۔ دوسری یا محوری تقوید میں داہنا ہاتھ اور بایاں پاؤں استعمال کئے جاتے ہیں۔ تیسری، یا چپ جانبی (left lateral) تقوید میں بایاں ہاتھ اور بایاں پاؤں استعمال کئے جاتے ہیں۔ قلب سے پیدا ہونے والی برقی رَوئیں اِن تقویدوں کے ذریعہ مقناطیسی برق پیما میں چلی جاتی ہیں۔

شکل ۱۷۔ وداجی ورید اور برقی قلب نگاری ترسیم کا خاکہ، اور ایک ضربِ قلب سے متناظر اصواتِ قلب۔

گارکا ریشہ حرکت کرتا ہے اور اُس کی جولت (excursion) ایک دوربین کے ذریعہ سے تکبیر حاصل کر کے ایک ضیا نگار صحفہ یا ایک کاغذ پر تظلیل (projection) ہوتی ہے ۔ نتیجہ ایک برقی قلب نگارش (electro-cardiogram) ہوتی ہے ۔ ایک ضربِ قلب سے متناظر ترسیم کا خاکہ شکل ۱۷ میں دکھلایا گیا ہے ۔ وداجی ترسیم بھی دکھلائی گئی ہے ، اور اصواتِ قلب کی تقریبی جائے وقوع بھی ۔ برقی قلب نگارش میں ایک موج ایسی ہے جو اُذینی انقباض سے متناظر اور اُس سے کسیقدر پہلے واقع ہوتی ہے اور اُسے عموماً حرفِ ف (P) ، سے ظاہر کیا جاتا ہے ۔ اِس کے بعد ایک نشیب ق (Q) ، ایک نوکدار ارتفاع ل (R) ، ایک ناگہانی نشیب م (S) ، اور ایک تدریجی ارتفاع ن (T) ہوتا ہے ۔ ق ل م ن (QRST) کی پیچیدہ شکل بُطینی انقباض سے متناظر ہوتی ہے اور اُس کے عین سامنے شروع ہوتی ہے ۔ جیسا کہ وداجی نبض (jugular pulse) کی حالت میں ہوتا ہے ، ایک برقی قلب نگارش اُن تعلقات کو ظاہر کرتی ہے جو اُذینی انقباضات بُطینی انقباضات کے ساتھ رکھتے ہیں ، نیز اُس عرصہ وقت کو جو ان کے درمیان حائل ہوتا ، یعنے ف ۔ ل (P-R) فاصلہ لیکن علاوہ ازیں اِس بُطینی علائمیہ (ventricular complex) کی شکل سے بعض استنباطات بھی کیئے جا سکتے ہیں ۔ اِس میں اُسوقت ترمیم پائی جاتی ہے جبکہ اُذینی بُطینی بنڈل کی بعض شاخیں مسدود (blocked) ہوجائیں (branch-bundle block) (ملاحظہ ہو شکل ۱۸) ، یا جب ایک بُطینی انقباض اُذینی بُطینی گرہ (auriculo-ventricular node) سے حسب طریقۂ معمولی بنڈل سے نیچے آنے کے بجائے قلب میں کسی غیر معمولی جگہ سے پیدا ہونے لگے ۔ (نیز ملاحظہ ہو قلب کی بیش پرورگی hypertrophy of the heart) ۔ پھر تقوید ۱ اور ۲ میں ن (T) موج کا متواتر انعکاس (inversion) جس سے موج کے بجائے ایک نشیب پیدا ہوجائے یا تقوید ۳ میں گہرا نشیب جبکہ مالت میں ظاہر ہوا ہو اور طی مصراعی مرض یا ڈیجٹالس کے اثر (digitalisation) کی غیر موجودگی میں عضلۂ قلب کا مرض (myocardial disease) ظاہر کرتا ہے (4) ۔ قدرتی طور پر دونوں طریقوں میں ایک صحیح وقت شمار (time-marker) استعمال کیا جاتا ہے ، تاکہ مختلف حصوں کے صحیح زمانی تعلقات ظاہر ہوجائیں ۔

کثیر نگاری طریقہ کے فوائد یہ ہیں کہ اِس میں آلات قابل نقل و حمل اور سادہ ہوتے ہیں ۔ اِس کے برعکس یہ ہے کہ بعض اوقات کسی ترسیم کا حاصل کرنا اگرنا ممکن نہیں تو

نہایت مشکل ضرور ہو جاتا ہے، اور گو نتائج تمام عملی اغراض کے لئے عموماً کافی ہوتے ہیں، تاہم ان سے وہ تفصیلات نہیں حاصل ہوتے جو برقی طریقے سے حاصل ہو سکتے ہیں۔ برقی قلب نگاری کا طریقہ میں یہ قباحت ہوتی ہے کہ اُس میں آلات پیچیدہ نوعیت کے ہوتے ہیں۔ اس کے برعکس یہ ہے کہ جب وہ تشفی بخش طور پر کام کرتے ہیں تو نتائج ہمیشہ نہایت آسانی کے ساتھ حاصل ہو سکتے ہیں اور مریض کو کوئی تکلیف نہیں ہوتی، بلکہ ضرورت ہو تو وہ کسی دوسرے مکان میں بستر پر لیٹا رہ سکتا ہے۔

یہ خیال نہیں کر لینا چاہئے کہ یہ دقت طلب طریقے اب قلب کی معمولی بےقاعدگیوں

شکل ۱۰۸۔ بائیں بنڈل کی شاخوں کی مسدودی۔ ق ل م (QRS) وقفہ چوڑا ہے، اور ل اور م کٹاؤ دار ہیں۔ اس قسم کی ترسیم بسا اوقات اورطی مرض یا مرض عضلۂ قلب کے ہمراہ ملتی ہے۔ (برقی قلب نگارشیں جے۔ ایم۔ ایچ کیمبل کی لی ہوئی ہیں)۔

کی تشخیص کے لئے ناگزیر ہیں۔ اِن کی وساطت سے تحقیقات کرنے کا یہ نتیجہ ہے کہ اب غالب مثالوں میں اِن حالتوں کو محض اِستماع اور نبض سے اور نبض نگارش (sphygmogram) کی مدد سے تشخیص کر لینا ممکن ہوتا ہے۔

جوفی بیقاعدگی
(sinus irregularity)

یہ حالت بچوں میں عام ہے۔ دورانِ شہیق میں ضرباتِ قلب زیادہ کثیر الوقوع ہوجاتے ہیں، اور دورانِ زفیر میں اور زفیر کے اختتام پر یہ شرح پھر کم ہوجاتی ہے ۔ برقی قلب نگاری امتحان نے ظاہر کردیا ہے کہ یہ ضربات ہمیشہ کامل طور پر طبعی (normal) ہوتے ہیں، اور یہ کہ قلب کی شرح کا تغیر، اُس شرح میں تغیر ہوجانے سے ہوتا ہے جس سے جوفی اُذینی گرہ (sino-auricular node) اپنے صدمات (impulses) باہر بھیجتی ہے، اور یہ آخر الذکر شرح عصب تائیہ کے عمل (vagal action) سے متاثر ہوتی ہے۔ عصب تائیہ (vagus) کی تنش (tone) دورانِ شہیق میں کم ہوجاتی ہے۔ اِس تنفسی بیقاعدگی کو میکنزی (Mackenzie) نے "نوعمری کی بیقاعدگی" (youthful irregularity) کے نام سے موسوم کیا ہے، اور یہ ایک بالکل طبعی چیز ہے۔ بعض اوقات یہی منظر بالغوں میں پرسکون تنفس (quiet respiration) کے دوران میں مشاہدے میں آتا ہے۔ جب تنفس گہرا ہو تو یہ عملی طور پر ہمیشہ دیکھا جاتا ہے۔ بعض اوقات شرح میں ایسا ہی تغیر اسطرح بھی ہوتا ہے کہ اُسکے ساتھ سانس کا کوئی تعلق نہیں ہوتا۔ جب شرح قلب بڑھی ہوئی ہو، جیسی کہ ورزش کے وقت ہوتی ہے، تو جوفی عدم توازن (sinus arrythmia) موقوف ہوجاتا ہے۔ اُس کی اہمیت صرف اتنی ہی ہے کہ وہ دوسری قسموں کی بے قاعدگیوں کے ساتھ خلط ملط ہوسکتا ہے۔ جب وہ شناخت میں آجائے تو اُسے ایک طبعی شے سمجھنا چاہئے اور کسی علاجی تدبیر کے آزمانے کی ضرورت نہیں۔

قلبی مسدودی اور ایڈم سٹوکس کا علامیہ
(heart block and Adams-Stokes syndrome)

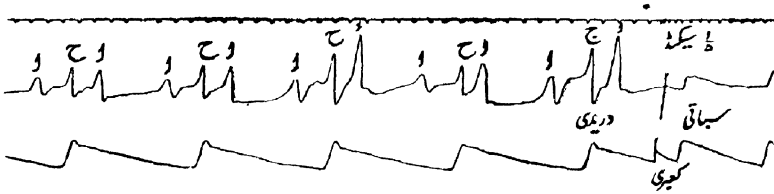
قلبی مسدودی (heart block) کی وجہ اُذینی بُطینی گرہ (auriculo-ventricular node)، اُذینی بُطینی بنڈل، یا اُس کی شاخوں میں سے کسی شاخ کی قوتہائے ایصال میں کمی آجانا ہے۔ وہ حاد امراضِ ساریہ، بالخصوص روماترم میں، نیز

ڈیجٹالس (digitalis) کے ذریعہ علاج کرنے کے بعد واقع ہوتی ہے۔ اِن مثالوں میں وہ عارضی ہوتی ہے۔ قلبی مسدودی کی ایک مستقل حالت اُن قلبات میں واقع ہو جاتی ہے جو روماتزم یا آتشک سے مستقل طور پر نقصان رسیدہ ہو چکے ہوں، اور اُن بوڑھے لوگوں میں جنھیں عضلۂ قلب کا انحطاط (myocardial degeneration) ہو۔ وہ اور طی مصرع کے ساتھ متلازم ہونے کا رجحان رکھتی ہے۔ ممکن ہے وہ خلقی ہو۔

پہلی چیز جو واقع ہوتی ہے ف۔ل (P-R) فاصلہ کا خفیف طور پر بڑھ جانا ہے (جو طبعی حالت میں ۱۲ء۔ ـــ ۱۸ء سیکنڈ یا ثانیہ کے برابر ہوتا ہے)۔ ل۔ج فاصلہ ۲ ر۔ سیکنڈ سے زائد ہوتا ہے۔ یہ صرف کبھی اتفاق ہی سے سریریاتی امتحان سے شناخت میں آتا ہے لیکن بعض حالات کے تحت اِس کی شناخت ہو سکتی ہے۔ طبعی حالات کے تحت مسماع الصدر سے اُذینی انقباض نہیں سُنا جا سکتا، جس کی وجہ غالباً یہ ہے کہ وہ بطینی انقباض کے اسقدر قریب واقع ہوتا ہے کہ آخرالذکر کا شور اُسے دبا کر بالکل غیر محسوس بنا دیتا ہے۔ لیکن جب اِن دونوں کے درمیان کا فاصلہ نسبتہً زیادہ ہو جاتا ہے تو اُذین کی آواز جداگانہ سنی جا سکتی ہے۔ ایسی حالتوں میں راس (apex) کو سنتے وقت ممکن ہے کہ ایک دوہری پہلی آواز سنائی دے، یا جب اُذینی اور بطینی ضربات کے درمیان کا فاصلہ اور بھی زیادہ ہو (یعنے جب اُذین انبساط کے آغاز میں، دوسری آواز کے بعد بہت جلد ہی ضرب لگاتا ہو) تو ایک دوہری دوسری آواز بھی اِسی مقام پر سنائی دے سکتی ہے۔ یہ دونوں حالتیں حرکی ایقاع (canter-rhythm) کی قسمیں ہیں۔ پھر، نوعمر بچوں میں کبھی کبھی پیش انقباضی (presystolic) یا ابتدائی انبساطی خریرات (early diastolic murmurs) قلبی مسدودی کو ظاہر کرتے ہیں، نہ کہ مطرانی تضیق (mitral stenosis) کو۔ غالباً قلبی مسدودی سریری طور پر اُس سے کہیں زیادہ موجود پائی جاتی ہے جتنا کہ عام طور پر خیال کیا جاتا ہے۔

قلبی مسدودی کے اور زیادہ ترقی یافتہ درجہ میں ف۔ل (P-R) فاصلہ اور بھی زیادہ طویل ہو جاتا ہے، اور کبھی کبھی صدمہ بطین تک گذرنے میں ناکام رہتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بطینی ضربات بالکل غائب ہو جاتے ہیں۔ (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۱)۔ یہ قلب کا استماع کرنے پر شناخت کیا جا سکتا ہے، جبکہ ایک طبعی نَے کے درمیان ایک پوری ضربِ قلب بالکل غائب پائی جائے گی۔ نبض بھی قدرتی طور پر متوقف نوعیت

(intermittent character) ظاہر کریگی - اِس سے بھی زیادہ ترقی یافتہ اصابتوں میں یہیں وہ حالت مل سکتی ہے جسے ۲-۱ یا ۳-۱ قلبی سددودی کہتے ہیں، جس میں اُذین کی صرف ہر دوسری یا تیسری ضرب ہی ایک بُطینی انقباض کی تحریک پیدا کر دینے میں کارگر ہوتی ہے۔

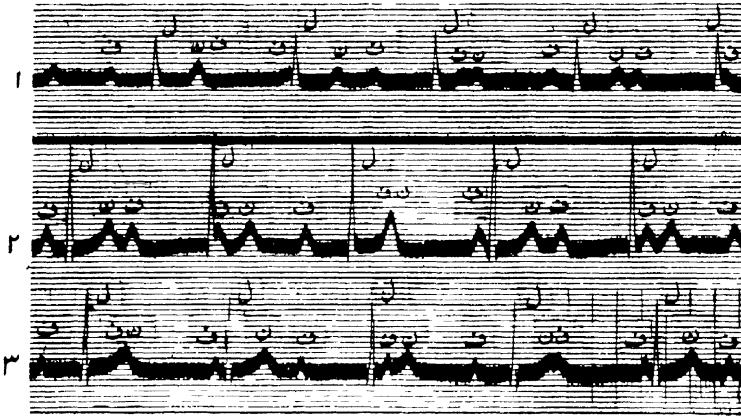
ابتک ہم نے صرف اُسی قلبی سددودی پر غور کیا ہے جس میں اُذینی اور بُطینی انقباضات کے درمیان کا فاصلہ بڑھ جاتا ہے، یا جس میں بعض اُذینی انقباضات متناظر بطینی انقباضات کی تحریک نہیں پیدا کرتے۔ یہ سب جزئی قلبی سددودی کی حالتیں ہیں۔ کامل قلبی سددودی میں اُذینی انقباضات میں کوئی انقباض بھی بُطین تک بالکل نہیں پہنچ سکتا۔ خوش قسمتی سے اِن حالات کے تحت بُطین اپنے آپ ضرب لگانا شروع کر دیتا ہے، لیکن اُس کا اپنا حقیقی

شکل ۱۹- ایک ۲-۱ قلبی سددودی کی حالت سے لیا ہوا کثیر نگاری منحنی۔ بالائی ترسیم گردن کی وریدوں سے ہے، اور زیرین ترسیم ریڈیل یعنے کعبری شریان سے۔ ہر کعبری ضرب کے ساتھ ایک اِنکماشی اِرتفاع ج ہے۔ منحنی میں باقاعدہ فاصلوں پر، ا نشان والی دوسری اور موجیں بھی موجود ہیں جو اُذینی اِنکماش کی وجہ سے واقع ہوگئی ہیں۔ اُذین بُطین کی نسبت دوگونہ شرح سے منقبض ہو رہا ہے۔ (باتباعِ لیوس Lewis صاحب)۔

توازن نہایت سُست، اور عموماً فی منٹ چالیس سے نیچے ہوتا ہے۔ برقی قلب نگارش اُذینی انقباضات کا ایک کامل طور پر باقاعدہ سلسلہ، اور بُطینی انقباضات کا ایک دوسرا باقاعدہ سلسلہ ظاہر کرتی ہے، لیکن یہ دونوں سلسلے ایک دوسرے سے بالکل مفترق ہوتے ہیں۔ لہٰذا ایسی حالت میں ایک فی منٹ چالیس سے کم والی منتظم نبض، کامل قلبی سددودی پر دلالت کرتی ہے، اگرچہ یہ بتلا دینا ضروری ہے کہ فی منٹ پینتیس تا چالیس کی شرحِ نبض والی حالتیں

ایسی بھی ملتی ہیں، جن میں توازن طبعی ہوتا ہے۔ لیکن ایک دوسری اِمارت بھی ہے جسے ابتداءً گیلابن (Galabin) نے ۱۸۷۵ء میں بیان کیا، اور جو گائیز ہسپتال (Guy's Hospital) کی اُسی سال کی رپورٹوں میں شائع کی گئی۔ یہ پہلی رائے تھی کہ انسان میں اُذینی اور بُطینی توازنات (rhythms) کا کامل افتراق (dissociation) ہو سکتا ہے۔ اُس کے مریض میں شرحِ نبض فی منٹ بیس اور تیس کے درمیان تھی اور اُس نے بذریعہ استماع اُذینی انقباضات فی الحقیقت سُنے۔ وہ کہتا ہے کہ "یہاں ہم ایک ایسا قلب پاتے ہیں کہ جس کا اُذین، بُطین کے انکماش سے ذرا ہی پہلے منقبض نہیں ہوتا بلکہ دو بطینی نبضانات (auricular pulsations) کے درمیانی وقفے میں کبھی دوبار، اور کبھی ایک طویل وقفے (pause) کے دوران میں ایک ہی بار منقبض ہوا"۔ ایک اور اِمارت ہے جس کا انحصار اس واقعہ پر ہوتا ہے کہ اُذینی ضرب سُنی جا سکتی ہے، اور اِس پر کہ وہ دَور یہ میں مختلف نقطوں پر واقع ہوتی رہتی ہے۔ مثلاً ممکن ہے کہ کسی وقت ایک بظاہر متضاعف (reduplicated) دوسری آواز موجود ہو، دوسرے وقت ایک متضاعف پہلی آواز ملے، اور کسی اور وقت پہلی آواز اپنی شدت (intensity) میں بہت بڑھی ہوئی ہو یعنے اُس وقت جبکہ اُذن اور بطین بیک وقت منقبض ہوں۔ اس آخری حالت میں ممکن ہے کہ گردن کی وریدوں میں ایک ناگہانی بڑی موج ہم زمان طور پر نظر آئے۔ یہ اِس حقیقت کی وجہ سے ہے کہ اُذینی انقباضات خون کو آگے دھکیل کر بُطین کے اندر نہیں پہنچا سکتے اسوقت جبکہ وہ منقبض ہو رہا ہو۔ اِسی واسطے اُذین میں سے خون پیچھے کی طرف دھکیلے جانے کا رجحان رکھتا ہے۔

234

ایڈمس سٹوکس کا علائمیہ (Adams-Stokes syndrome)۔ ۱۸۲۷ء میں آر۔ ایڈمس (R Adams) اور ۱۸۴۶ء میں ڈبلیو۔ اسٹوکس (W. Stokes) نے مشاہدہ کیا کہ غیر معمولی طور پر سست نبض والے مریض غشیان (syncope)، بے ہوشی، یا تشنجات کے حملوں میں مبتلا ہو سکتے ہیں۔ اسٹوکس نے تو یہاں تک مشاہدہ کیا کہ گردن کی وریدیں نبضِ کعبری (radial pulse) کی نسبت زیادہ تیزی کے ساتھ ضرب لگا رہی ہیں۔ اور اِن ابتدائی اصابتوں میں سے دو میں قلب کا شحمی انحطاط موجود تھا، جس میں ا۔ ب (A.V) بنڈل، جو اُسوقت نامعلوم تھا، ماؤف ہوا ہوگا۔ اِسپینس (Speus) نے ایسا ہی ایک مریض ۱۹۱۲ء میں دیکھا (Lea)۔

یہ حالت دماغی عدم دمویت (cerebral anæmia) کے باعث ہوتی ہے جو قلبی مسدودی کے سبب سے دورانِ خون کا ناگہانی فشل (sudden failure) ہوجانے سے پیدا ہوجاتی ہے۔ اگرچہ قلبی مسدودی عام ہے، تاہم یہ علامئیہ (syndrome) نادرالوقوع ہے۔ یہ اُن بوڑھے لوگوں میں واقع ہوتا ہے جو قلبی مسدودی کے زیادہ شدید درجوں میں یا کامل مسدودئی قلب میں مبتلا ہوتے ہیں۔ بطین دفعتہً نہایت سست رفتاری سے ضرب لگانے لگتا ہے، یا کچھ عرصہ کے لیئے بالکل رُک جاتا ہے۔ علامات کا انحصار اس مدت پر ہوتا ہے کہ جس تک دوران خون ناکافی رہتا ہے۔ ایک بوڑھے شخص کا مشاہدہ

شکل ۲۰۔ کامل قلبی مسدودی کی برقی قلب نگارش۔ اُذین اور بطین کے توازنات مفترق (dissociated) ہیں اور اب بُطین اُذین کی مجیبیت نہیں ظاہر کرتا۔ بطینی انکماش ل (R) اور ن (T) غیر وضعیتیں پیدا کرتا ہے۔ اُذینی انکماشات ف (P) حرکات پیدا کر دیتے ہیں، جو ترسیم میں یکساں طور پر پھیلے ہوئے ہیں، اور بطینی حرکات سے کوئی مستقل تعلق نہیں رکھتے۔ اور وہ اُن کی نسبت تقریباً دُگنے بار ہوتے ہیں۔

(بہ اتباع رسیل ویلس Russel Wells)

کیا گیا، جس میں ہر دو منٹ کے بعد چالیس سیکنڈ تک قلب کی کامل مسدودی ہوجاتی تھی۔ چنانچہ اِس امر کا کہ علامات ٹھیک کس طرح ترقی کرتے ہیں بار بار مشاہدہ کرنیکا موقع تھا (5)۔

قلب کے بند ہوجانے پر فی الفور شحوب (pallor) اور ساتھ ہی خفیف کبودی طاری ہوگئی۔ دو یا تین سیکنڈ کے بعد اُس نے بولنا موقوف کردیا اور ایک آہ (groan) کے ساتھ پیچھے چکرا کر گر گیا۔ پانچ سے سات سیکنڈ کے اندر بے ہوشی طاری ہوگئی۔ پھر مختلف عضلات کے انقباضات اور جوارح کے غیر ارادی حرکات دیکھے گئے۔ سانس بتدریج زیادہ گہری اور زیادہ تشنجی (convulsive) ہوگئی، اور تنفس کے معین عضلات بھی کام کرنے لگے۔ تقریباً بیس سیکنڈ میں وہ چوالیس فی منٹ کی شرح سے اور نہایت گہری سانس لے رہا تھا۔ تنفس اُس ہانپنے (panting) سے مشابہ تھا جو صرف سخت ترین عضلی محنت کے بعد دیکھا جاتا ہے۔ وہ کبود اور شاحب پڑ گیا تھا۔ قرنیہ اور روشنی کے معکوسات (corneal and light reflexes) موقوف ہوگئے تھے۔ جب قلب پھر جاری ہوا تو پہلے دو یا تین ضربات کے بعد چہرہ شوخ سرخ رنگ سے تمتما اُٹھا۔ پسینہ اور دمعی افراز کثرت کے ساتھ ہوا اور ملتحمات (conjunctivæ) ممتلی (congested) ہوگئے۔ پھر اُس کی شکل و ہیئت بہ سرعت از سرِ نو طبعی حالت پر آگئی۔

اِنذار۔ قلبی سدودی کی اہمیت مختلف حالتوں پر منحصر ہوتی ہے۔ خلقی قلبی سدودی جو کہ ابتدائے عمر میں ابطاء نبض کا موجب ہوتی ہے اور جس کے ساتھ بسا اوقات خلقی مرض قلب ہوتا ہے اور جو ایڈم اسٹوکس کے حملے واقع کرتی ہے، بالعموم بچپن میں ہی موت واقع کردیتی ہے۔ سب سے معمر مریض جس کا زندہ رہنا معلوم ہے، تینتیس سال کا ہے۔ اُن عارضی حالتوں میں، جو روماتزم جیسے ساری امراض کے ساتھ متلازم ہوتی ہیں، اس کے یہ معنے ہوتے ہیں کہ عضلۂ قلب واضح طور پر ماؤف ہوگیا ہے، گو غالباً شفایابی واقع ہوجائیگی۔ اسی واسطے آرام اور احتیاط ضروری ہیں۔ مستقل اصابتوں میں قلبی سدودی عموماً بذات خود مہلک نہیں ہوگی، گر وہ اِس حد تک اہم ہوتی ہے کہ اُس سے بحیثیت مجموعی عضلۂ قلب کی تندرستی (healthiness) کا پتہ چلتا ہے۔ اگر اُذینی بُطینی بنڈل میں کوئی ضرر موجود ہے تو ممکن ہے کہ عضلہ کے سارے طول و عرض میں پھیلے ہوئے ضررات موجود ہوں، لہٰذا عضلۂ قلب کے انحطاط کی شہادت تلاش کرنی چاہیئے، اور ممکن ہے کہ یہی فشلِ قلب (heart-failure) کا سبب ہو۔ جب دَورے ہوں تو انذار زیادہ تشویشناک ہوجاتا ہے، کیونکہ ممکن ہے کہ یہ دَورے بجائے خود مہلک ہوجائیں۔

علاج۔ قلبی سدودی کی اصابتوں میں علاج قلب کی عام حالت کے لیے ہونا

235

چاہیئے ۔ اِس خوف سے کہ مبادا ڈیجٹالس قلبی مسدودی کا درجہ اور بڑھا دیگا، اس کے استعمال سے اجتناب کرنے کی کوئی وجہ نہیں، بشرطیکہ وہ اُذیما وغیرہ کے کم کرنے کے لئے دوسری طرح ضروری سمجھا جائے۔ بعض اشخاص، جنھیں قلبی مسدودی کی شکایت تھی، محنت و مشقت کی زندگی بسر کرسکے ہیں، لیکن بیشتر حالتوں میں محنت اور مشقت سے اجتناب کرنا چاہیئے۔ دوروں کی حالت میں اَیڈرینالین (adrenalin) (۵ ' ۱۰ یا ۱۵ قطروں کی مقداروں میں) کامیاب ثابت ہوا ہے، کیونکہ وہ بطینی شرح کو بڑھا دیتا اور قوتِ ایصال (conduction) کو زیادہ کردیتا ہے (6)۔ اَیٹروپین (atropine) $\frac{1}{100}$ گرین جو اکثر اوقات دیا جاتا ہے، شاذ ہی کارگر ہوتا ہے۔ آتشکی اصابتوں (syphilitic cases) میں پارہ اور آیوڈائڈ کا استعمال کرنا نہایت اہم ہے۔ ایک مریض میں چند گھنٹوں تک آکسیجن سانس میں لینے سے مکمل مسدودی قلب قائم ہوکر ایڈم سٹوکس حملے موقوف ہوگئے۔ نیز بیریم کلورائیڈ (barium chloride) $\frac{1}{2}$۔ ا گرین دن میں تین مرتبہ، اور اس کے ساتھ ایفی ڈرین (ephidrine) $\frac{1}{2}$ گرین دن میں تین مرتبہ، حملے بند کرنے کے لئے کامیابی کے ساتھ دیا گیا ہے۔

جوفی اُذینی مسدودی (sino-auricular block)۔ یہ ایک نادر الوقوع حالت ہے۔ یہ بعض اوقات ایک حادثوی بخار کے دوران میں پیدا ہوجاتی ہے، اور دوسری حالتوں میں عضلۂ قلب کے مرض (myocardial disease) کے امارات موجود ہوتے ہیں۔ نبض سست اور غیر منتظم ہوتی ہے، کیونکہ اذین، جوفی اُذینی گرہ کی تحریک کی بالکل مجیبیت ظاہر نہیں کرتا اور ایک ضرب قلب بالکل غائب ہوجاتی ہے۔ ممکن ہے کہ ایسا متواتر کئی بار ہوجائے، اور قلب ایک وقت میں کئی سیکنڈ تک ضرب نہیں لگاتا۔ یہ حالت کثیر نگاری یا برقی قلب نگاری ترسیمات کے ذریعہ قلبی مسدودی سے متفرق کی جاسکتی ہے، کیونکہ اس میں اُذین اور بطین دونوں کا تواتر کم ہوجاتا ہے۔ ایک مریض میں یہ حالت دورانِ ورزش میں دور ہوگئی، لیکن جب نبض سست ہوئی تو پھر نمودار ہوگئی (7)۔

پیش از وقت ضربات مستزاد انکماشات

(premature beats; extra systoles)

قلبی بے قاعدگیوں کی یہ قسم سب سے زیادہ عام ہے۔ یہ عورتوں کی نسبت مردوں

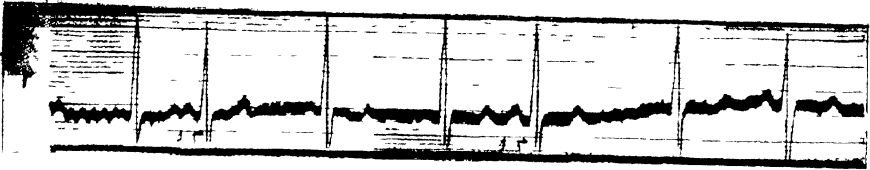
میں زیادہ عام ہوتی ہے ۔ غالباً ایسے بہت سے اشخاص میں جو ادھیڑ عمر یا بڑھاپے کی عمر تک پہنچتے ہیں، کسی نہ کسی وقت متزاد انکماشات ہوتے ہیں ۔ معمولی مزاولت کے دوران میں یہ اُن لوگوں میں سب سے زیادہ عام پائے جاتے ہیں جو مرض قلب کے آثار ظاہر کرتے ہوں لیکن اکثر دوسرے اشخاص میں بھی نمودار ہو جاتے ہیں ۔ یہ عموماً اُسوقت موقوف ہو جاتے ہیں جبکہ قلب تیز ہو جائے، جیسا کہ ورزش میں ہوتا ہے، اور قلب کے پھر سست پڑ جانے پر اکثر پھر پیدا ہو جاتے ہیں ۔

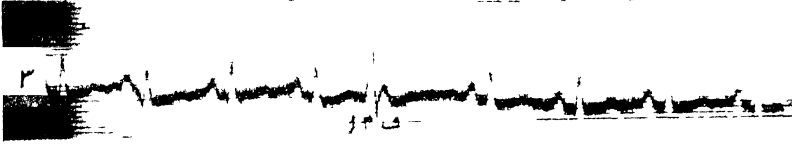
پیش از وقت ضربات کی تکوین قلب کے بعض حصوں کی بیش تحریک پذیری (over-excitability) کے باعث ہوتی ہے، جو ٹھیک وقت سے پہلے ہی متزاد ضربات قلب شروع کرا دیتے ہیں ۔ اِس پیش از وقت ضرب کے وقوع کے بعد ایک تعویضی وقفہ (compensatory pause) ہوتا ہے، یہانتک کہ قلب اپنا طبعی توازن پھر اختیار کر لیتا ہے ۔ مریض متناظراً احساسات محسوس کرتا ہے ۔ یہ پیش از وقت ضرب خود سینہ میں کبھی محسوس ہوتی ہے اور کبھی نہیں ہوتی ۔ طویل وقفہ محسوس کیا جاتا ہے اور اکثر ایک بے چینی کا احساس پیدا کر دیتا ہے ۔ یہ سینے میں ایک ناگہانی دھچکے (bump) یا دھکے (shock) کے ساتھ ختم ہوتا ہے اور قلب اپنا معمولی توازن پھر از سر نو حاصل کر لیتا ہے ۔ یہ احساسات اُن ہی قلبی احساسات میں سے ہیں جن کو اختلاج (palpitations) کہتے ہیں ۔

236

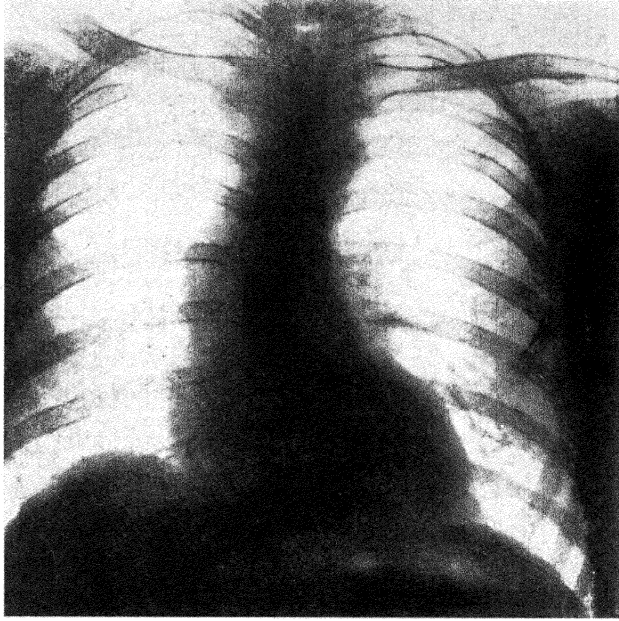
تحقیقات سے ظاہر ہو گیا ہے کہ یہ ضربات یا تو اُذنین میں یا ا۔ب گرہ (A. V. node) کے مقام پر، یا بطین میں پیدا ہوتے ہیں، جس کی وجہ اِن حصوں کی بیش تحریک پذیری (over-excitability) ہے ۔ ممکن ہے یہ ضرب قلب کے ایصال کے طبعی راستہ کے ایک حصہ میں پیدا ہوں، اور ایسی صورتمیں برقی قلب نگار (electrocardiograph) کے ذریعہ ایک طبعی ضرب سے تمیز نہیں کیے جا سکتے، اِلّا اس امر میں کہ یہ اُسوقت سے پہلے واقع ہو جاتے ہیں جبکہ اِنھیں ہونا چاہئیے اور اِسی واسطے قلب کے توازن میں اختلال پیدا ہو جاتا ہے ۔ اِن ضربات کو "مشابہ التکوین" ("homogenitic") یا "متناظر المقام" ("homotopic") کہتے ہیں (ملاحظہ ہوں اشکال ۲۳-۲۵) ۔ اِس کے برعکس ممکن ہے یہ قلب کے ایک ایسے حصّے سے ہوں جو طبعی راہِ ایصال سے باہر ہو، اور اِس صورت میں اِن کو غیر مشابہ التکوین (heterogenetic) یا غیر متناظر المقام (heterotopic)

شکل ۲۱ - شکل جو مستزاد بُطینی اِنکماش ظاہر کرتی ہے۔ اِس واقعہ سے اُذینی ترح میں خلل نہیں واقع ہوتا، اور نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قلب کا اصلی توازن بعد میں پھر واقع ہو جاتا ہے - یہ ب - ج فاصلہ، ا - ب سے ٹھیک دُگنا ہونے سے ظاہر ہوتا ہے (بہ اتباع لیوس Lewis)۔

شکل ۲۲ - شکل جو مستزاد اُذینی اِنکماش ظاہر کرتی ہے۔ چونکہ اِس بیقاعدگی میں اُذین حصہ لیتا ہے، لہذا اُس کے توازن میں خلل واقع ہو جاتا ہے - دوسری ضرب اِس سے کسیقدر جلد ہی آتی ہے کہ جتنی شکل ۲۱ میں آئی ہے - یہ اِس سے ظاہر ہوتا ہے کہ ب - ج فاصلہ، ا - ب کے دوگنے سے کسیقدر کم ہوتا ہے (بہ اتباع لیوس) -

شکل ۲۳ - دو متناظر المقام (homotopic)، مستزاد اُذینی انکماشات، جن میں ف موجیں اور ف - ل فاصلے طبعی ہیں، اور خفیف سے تعویضی وقفے (compensatory pause) ہیں - یہ خاکہ ایک بوڑھے شخص سے لیا گیا ہے جس کے خون کا دباؤ بلند تھا طبعی ضربات کی ف موجیں کسیقدر چھوٹی ہیں۔

شکل ۲۴ - دو متناظر المقام مستزاد انکماشات جو اُذین میں نیچے پیدا ہوتے ہیں اور ایک نوجوان عورت سے لئے گئے ہیں، جس میں مرض قلب کی کوئی شہادت نہ تھی مستزاد انکماش کی ف موج منعکس (inverted) ہے، ف - ل فاصلہ طبعی ہے اور ایک مکمل طور پر تعویضی وقفہ (compensatory pause) موجود ہے۔

شکل ۲۵ - گرہی متزاد انکماش (nodal systole) (تناظر المقام =homotopic)، ایک بوڑھے ایتھرومائی (atheromatous) شخص سے لیا ہوا معمولی سلسلہ کی ف موج (ف) پیش از وقت بُطینی موج یا متزاد انکماش (م ک) کے بالکل بعد ہی نظر آتی ہے - ا برقی قلب نگار شیں جے - ایم - ایچ کیامبیل (J. M. H. Campbell) کی لی ہوئیں]-

کہتے ہیں - اِس صورت میں برقی قلب نگار پر کے منحنی کی شکل غیر طبعی ہوتی ہے (ملاحظہ ہوں اشکال ۲۸ - ۲۹) - اس میں شبہ نہیں کہ اِن اختلافات کو محض اِستماع سے پہچان لینا ناممکن ہے۔ 237 ایک کُعبری ترسیم اِس بات کے دریافت کرنے میں ممد ہوسکتی ہے کہ آیا یہ اپنے مبداء میں اذینی ہیں یا بُطینی، کیونکہ آخرالذکر حالت میں متزاد انکماش کے ہر ایک جانب پر دو ضربات کے درمیان فاصلہ، طبعی فاصلہ کی نسبت دگنے کے برابر ہوگا لیکن اول الذکر حالت میں اُس سے نسبتہً کم ہوگا (ملاحظہ ہوں اشکال ۲۶ اور ۲۷)۔ بعض حالتوں میں یہ ضربات کثیرالوقوع ہوتے ہیں - اگر ہمیں ایک سلسلہ ملے کہ اُس میں طبعی اور پیش از وقت ضربات متبادل طور پر واقع ہوں، تو اس حالت کو "نبض دوتوامی (pulsus bigeminus)" کہتے ہیں، تاکہ یہ "نبض متبادل" ("pulsus alternans") سے متمیز ہوسکے - ممکن ہے کہ ایک طبعی ضرب کے بعد باقاعدگی کے ساتھ دو متزاد انکماشات واقع ہوں - ایسی صورت میں تگنی کے (triple rhythm) مشاہدہ میں آیئگی (نبض سہ توامی = pulsus trigeminus)-

پیش از وقت ضربات نبض پر دو اثرات پیدا کرسکتے ہیں - ممکن ہے کہ متناظر موج نبض چھوٹی ہو اور اُس کے بعد ایک تعویضی وقفہ ہو، یا ممکن ہے کہ ایک ضرب کی بجائے نبض کا کلی توقف (intermission) واقع ہوجائے (اشکال ۲۶ اور ۲۷) سماع العدد سے پیش از وقت ضربات بآسانی پہچانے جاسکتے ہیں - اِختلافات اِس لحاظ سے واقع

الف ۔ اورطی بازروی ۔ گول بطینی سایہ اور متسع اورطی ملاحظہ ہو ۔
(شعانگاشتیں مسٹر لینڈ سے لاک نے لی ہے)

ب ۔ خالص ربوی ضیق جس میں دائیں طرف اتساع اور بیش پرورد گی ہے ۔
(مصنف کی [illegible])

قریب پائی جائیں گی۔ یہ چار آوازیں "لب" ("lub") "ڈپ" ("dup") "ٹم" ("tum") "ٹی" ("ti") کے الفاظ (expressions) سے ادا کی جا سکتی ہیں۔ "لب ڈپ" طبعی ضرب کی دو آوازوں کی نمائندگی کرتا ہے۔ اِس گروہ کی تیسری آواز یعنے "ٹم" مستزاد بطینی انقباض کی آواز کی، اور "ٹی" اُورطی مصراعوں کی مسدودی کی قائم مقام ہے۔ جب مستزاد انکماش اتنا قوی نہو کہ اُورطی مصراعوں کو اُٹھا سکے، وہاں اِس گروہ کی چوتھی آواز یعنے "ٹی" ("ti") غیر موجود ہوتی ہے۔ ایسی صورت میں تین آوازوں کا ایک گروہ ایک ساتھ سنائی دیگا، جیسے "لب" "ڈپ" "ٹم" کے الفاظ سے ظاہر کیا جاتا ہے۔

ایک نوعمر شخص میں مستزاد انکماشات، فاعلی التہاب قلب (active carditis) 238

شکل ۲۹ - مختلف المقام (heterotopic) مستزاد انکماشات (م ۔ک) جنہوں نے بائیں بطین سے پیدا ہو کر (م تقوید ۱ میں اور ل تقوید ۳ میں زیادہ واضح ہے) نبض سہ توامی (pulsus trigeminus) پیدا کر دی، ایک ایسی لڑکی میں جس میں مرض قلب کی کوئی شہادت نہ تھی (جے۔ ایم۔ ایچ۔ کیامبل)۔

کا ایسا کرتے ہیں۔ لیکن بیشتر بالغوں میں وہ کوئی اِنذاری مفہوم نہیں رکھتے۔ تاہم دَوری سُرعتِ قلب (paroxysmal tachycardia) کی نسبتہً زیادہ خطرناک حالت ان سے کسی حد تک تعلق رکھتی ہے، اور اِس حالت کے طاری ہو جانے کے اِمکان کو پیش نظر رکھنا چاہیئے۔ اِس کا زیادہ ثبوت نہیں موجود ہے کہ یہ اکثر واقع ہوتا ہے۔ جب مرضِ قلب والے شخصوں میں

مستزاد انکماشات ہوں تو اِنذار کی تخمین میں ضربات کی نوعیت کا لحاظ رکھنا چاہئے اور مستزاد اِنکماشات کی موجودگی انذار کو بدتر نہیں بناسکتی ۔ جب وہ بالکل تندرست اشخاص میں واقع ہوں تو مریض کو اُن کی عدم اہمیت کے متعلق اطمینان دلانا چاہئے ۔

عام طور پر یہ تعلیم دیجاتی ہے کہ کسی حالت میں بھی کوئی علاج خاص طور پر نہیں شروع کرنا چاہئے، اور نہ مریضوں کو بیرونِ خانہ کھیلوں سے، بلکہ فی الحقیقت کسی بھی ورزش سے جو وہ بصورتِ دیگر کرسکیں، محترز رہنے کا مشورہ دینا چاہئے ۔ جب مستزاد انکماشات معراجی مرض کے ساتھ متلازم ہوں تو ایسی تعلیم دینا گویا مناسب حد سے بہت تجاوز کرنا ہے ۔ روماتزمی مبداء کے ہلکے اُورطی اور سطرانی مرض (mild aortic and mitral disease) والا ایک مریض، جسے راقم الحروف جانتا ہے، حد سے زیادہ سخت عضلی محنت کیا کرتا تھا اور اُسے اکثر اوقات مستزاد اِنکماشات محسوس ہوا کرتے تھے اگرچہ ورزش سے اُس کی سانس کبھی نہیں پھولتی تھی ۔ بالآخر اس کو ذبحۂ صدریہ (angina pectoris) ہوگیا ۔ زیادہ آرام کی حالت کی زندگی دوبارہ اختیار کرنے پر اُس نے محسوس کیا کہ مستزاد اِنکماشات عملاً غائب ہوگئے ۔ پہلے موقعہ پر اُن کی موجودگی اِس امر کی دلیل سمجھی جاسکتی تھی کہ ورزش حد سے بہت زیادہ تھی ۔ اِس کے برعکس راقم الحروف کو ایسے تندرست طلباء ملے ہیں جن میں کسی وجہ سے اپنی باقاعدہ ورزش موقوف کردینے کے بعد مستزاد اِنکماشات نمویاب ہوگئے ۔ ورزش پھر شروع کردینے پر یہ مستزاد انکماشات غائب ہوگئے ۔

قلب کا کثیر الوقوع فعل

سرعت القلب

(tachycardia)

مختلف حالات میں قلب، اور اُسی کے ساتھ نبض معمول کی نسبت زیادہ بار بار ضرب لگاتی ہے ۔ محنت کرنے پر قلب کی سرعت طبعی تواتر (normal frequency) کی نسبت دگنی سے زیادہ ہوجائے گی، لیکن محنت کی موقوفی کے ساتھ چند ہی منٹ میں نبض اپنی طبعی شرح پر پھر آجاتی ہے ۔ عصبی اثرات کے تحت بھی یہ شرح بڑھ جاتی ہے ۔ جذبات کو

متاثر کرنے والے اسباب (emotional causes) کی وجہ سے قلب کے فعل کی سرعت واقع ہونا کافی مشہور ہے۔ اور عصبِ تائیہ (vagus) کے شلل سے بھی سرعتِ فعل پیدا ہو جاتی ہے، جیسی کہ بعض اوقات التہابِ اعصابِ متعددہ (multiple neuritis) میں دیکھا جاتا ہے۔ شاذ مثالوں میں افراد شرح قلب کو بالارادہ بڑھانے یا گھٹا دینے کی طاقت رکھتے ہیں۔ سرعتِ ضرباتِ قلب کی ایک عام قسم، جس میں اکثر ایک جذباتی عامل (emotional factor) حصہ لیتا ہے، اختلاج کی ایک قسم ہے کہ جس کی شکایت اکثر ہوا کرتی ہے۔ حالتِ مرض میں نبض کے تواتر کی زیادتی کا ایک نہایت عام سبب حموی تعامل (febrile reaction) ہوتا ہے۔ اور یہ تغیر ایک حد تک اُن سمیات سے منسوب کیا جا سکتا ہے جو بخار پیدا کر دیتے ہیں، اگرچہ یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ تنہا بلا واسطہ حرارت جیسی کہ ایک گرم غسل یا گرم کی ہوئی ہوا میں محسوس ہوتی ہے، قلب کو تیز کر سکتی ہے۔ سرعتِ قلب (tachycardia) مرضِ گریوز (Grave's disease) کا اہم مظہر ہے، جو خیال کیا جاتا ہے کہ درقی غدے کے باطنی افراز کی زیادتی یا ترمیم کے باعث ہوتا ہے۔ سرعتِ قلب ایٹروپین اور بعض دوسرے زہروں سے بھی پیدا ہو جاتی ہے۔ اِن تمام مثالوں میں برقی قلب نگاری امتحان سے ظاہر ہوا ہے کہ یہ بڑھا ہوا تواتر قلب کے طبعی رفتار ساز کی تحریک کا نتیجہ ہوتا ہے۔ خود ضربِ قلب کی ترقیم طبعی ہوتی ہے۔

239

دوسرا سبب قلب کی ساخت کا مرض ہے، خواہ یہ عضلۂ قلب کا ہو یا مصراع کا، کیونکہ ایسی صورت میں ہر واحد ضرب کی کارناکردگی (inefficiency) کی وجہ سے کافی دورانِ خون پیدا نہیں کیا جا سکتا تا وقتیکہ ایک معیّن وقت کے اندر ضربات کی تعداد زیادہ نہ ہو جائے۔ اِن تمام اسباب کے علاوہ وقتاً فوقتاً ایسی حالتیں بھی واقع ہو جاتی ہیں جنہیں ضربت القلب میں ایک دَوری سرعت واقع ہو جاتی ہے، اور جن پر اب غور کیا جائیگا۔

سادہ دَوری سرعت القلب

(simple paroxysmal tachycardia)

سادہ دَوری سرعت القلب سے وہ حالت مراد ہے جس میں قلب کی طبعی نبیت (ہیجان) کا خاتمہ ہو کر اس کی بجائے دفعتہً سریع اور باقاعدہ ضربات کا ایک سلسلہ پیدا ہو جاتا ہے،

جو فی منٹ ۱۱۰ اور ۲۰۰ کے درمیان ہوتے ہیں۔ یہ ضربات ایک نئے مرکز کے باعث ہوتے ہیں، جو قلب میں پیدا ہوجاتا ہے، اور جو بطورِ خود ضربات کا آغاز کرتا ہے، جبکہ طبعیٔ قسار ساز (normal pacemaker) کا وظیفہ عارضی طور پر منسوخ ہوجاتا ہے۔ لہٰذا یہ ضربات اپنے مبداء میں مختلف المقام (heterotopic) ہوتے ہیں، اور انھیں مستزاد انکماشات کا ایک سلسلہ سمجھنا چاہئے۔ یہ نیا مرکز یا تو (۱) اُذین کے اندر ہوسکتا ہے، یعنی جوفی اُذینی گرہ کے قریب، اُذین کے عضلی نظام (general musculature) میں، اُذینی بُطینی گرہ (auriculo-ventricular node) میں (گرہی توازن = nodal rhythm، جیسے کہ شکل ۳۲ میں)، یا گرہ سے آگے خاص بنڈل کے اندر، یا (۲) داُمیں یا بائیں بطین کے اندر ہوسکتا ہے، جہاں ضربات غالباً پرکنجے کے جال (Purkinje's network) میں پیدا ہوتے ہیں۔ ان قسموں میں برقی قلب نگار کے ذریعہ تفریق کی جاسکتی ہے۔ سادہ دَوری سرعت القلب کی اُذینی قسم دونوں قسموں میں سے زیادہ عام ہوتی ہے۔ جب ضربات اُذین میں پیدا ہوں تو یہ طبعی طور پر بُطین تک پھیل جاتے ہیں، لیکن جب وہ بُطین میں شروع ہوتے ہیں، تو وہ پیچھے کو اُذین کی جانب ایک ایسے رُخ میں پھیل جاتے ہیں جو کہ طبعی کے برعکس ہوتا ہے۔

یہ حالت ہر عمر میں واقع ہوتی ہے۔ طبعی اشخاص (normals) میں بھی یہ تقریباً اُسیقدر عام ہے جتنی کہ بوڑھے روماتزمی مریضوں میں اور عضلۂ قلب کے انحطاط (myocardial degeneration) والے مریضوں میں۔

اِس حالت کا ممیّز خاصّہ یہ ہے کہ اس کا آغاز ناگہانی ہوتا ہے۔ اِس کا حملہ چند سیکنڈ سے لیکر دو ہفتہ کے درمیان کسی عرصہ تک جاری رہ سکتا ہے۔ قلب تیز اور باقاعدہ ہوتا ہے، اور مریض کی وضع (posture) سے متاثر نہیں ہوتا۔ یہ امر اسے سرعت القلب کی دوسری قسموں سے ممتاز کرنے میں مدد دیتا ہے۔ اصواتِ قلب ٹِک ٹیک (tic-tac) نوعیت کے ہوتے ہیں، اور اگر کچھ خریرات (murmurs) موجود رہے ہوں تو وہ غائب ہوجاتے ہیں۔ نبض منتظم ہوتی ہے۔ دَورے کا خاتمہ اُسیقدر دفعتہً ہوتا ہے جتنا کہ اِس کا آغاز، اور نبض پہلے پہل غیر طبعی طور پر سست ہوجاتی ہے اور ممکن ہے کہ اپنا طبعی توازن دوبارہ حاصل کرنے سے پہلے مستزاد انکماشا

ظاہر کرے۔

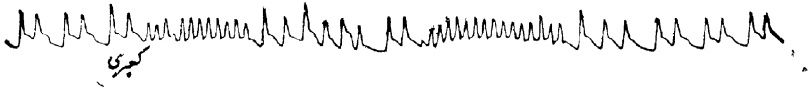
علامات ۔ اگر حملے قلیل المدت ہیں، اور خاصکر اگر مریض اُن کا عادی بنگیا ہے تو ممکن ہے کہ کوئی علامات پیدا نہ ہوں ۔ اگر وہ کچھ عرصہ تک جاری رہتے ہیں تو عموماً تکلیف (distress) ہوتی ہے ۔ سینہ میں پھڑپھڑاہٹ (fluttering) کی شکایت ہوتی ہے، اور گردن میں ضربان (beating) کی ۔ مزید علامات قلب کی برآمد (output) کی تقلیل (دقیق حجم) کی وجہ سے ہوتے ہیں، جو ایک اصابت میں ثابت ہوئی ۔ کسلمندی، خستگی (exhaustion) اور جوارح کی برودت موجود ہوتے ہیں، اور پسینہ آنے لگتا ہے ۔ سوءِ ہضم کے علامات نمودار ہوجاتے ہیں، یعنے ریحیت (flatulence)، کثرت ریق (salivation)، متلی اور قے ۔ ممکن ہے کہ ذُبحی (anginal) علامات بھی موجود ہوں، یعنے سینہ میں تنگی کا احساس اور تحت القصی درد ۔ ازاں بعد ممکن ہے کہ قلب بعلت فعل کی وجہ سے گرانبار ہوجائے (embarrassment of the heart)، اور اسی طرح فشل القلب (cardiac failure) کے امارات پیدا ہوجائیں، جن کے ساتھ اتساعِ قلب اور گردن کی جڑ کی وریدوں کا احتقان (engorgement)، جگر کی کلانی اور الیمیت عمومی اُذیما وغیرہ پائے جاتے ہیں ۔ دورہ موقوف ہوتے ہی یہ تمام علامتیں فی الفور غائب ہوجاتی ہیں، اگرچہ یہ ممکن ہے کہ اگر حملہ شدید ہوا ہے تو مختلف درجہ کی خستگی (exhaustion) باقی رہے ۔

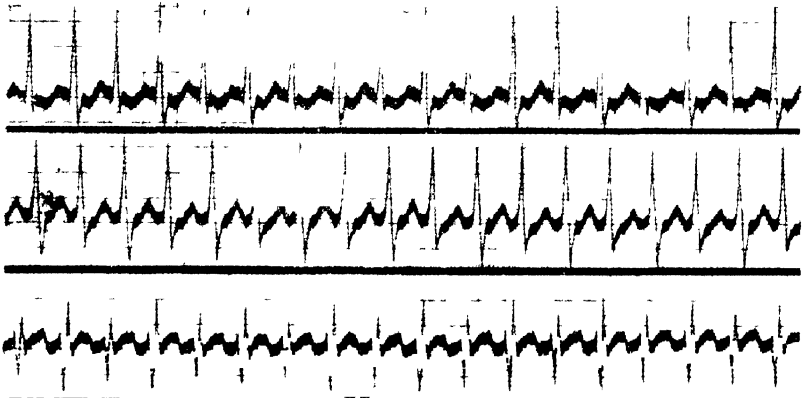
تشخیص ۔ اِس کا انحصار مریض کے بہ احتیاط امتحان پر ہوتا ہے، جسکے ساتھ یہ دریافت کرنا بھی ضروری ہے کہ آیا ایسی ہی نوعیت کے دوسرے حملے پہلے بھی ہو چکے ہیں ۔ بعض اوقات ان اصابتوں کی تشخیص مثقوب معدی قرحہ (perforated gastric ulcer) کے طور پر کی گئی ہے اور جراحی عملیہ بھی کردیا گیا ہے ۔ نیز "حاد اتساع قلب" ("acute dilatation of the heart") کے طور پر بھی تشخیص کیجا چکی ہے ۔ 240

اِنذار ۔ اِنذار کے خاص نکات یہ ہیں :- (۱) عضلۂ قلب کس حد تک نقصان رسیدہ ہے، کیونکہ ممکن ہے حملے خالصۃً عصبی فعل کا نتیجہ ہوں اور عضلۂ قلب تندرست ہو ۔ (۲) حملوں کی شدت، اور خاصکر فشل القلب کے امارات ۔ نوعمر اشخاص میں ایک یا دوسرے سمّی سبب سے ایک دو انفرادی حملوں کا ہوجانا غیر عام نہیں، اور یہ عود نہیں کرتے ۔

جب عضلۂ قلب تندرست ہو، بالخصوص اُن نوعمر اشخاص میں جنہیں حملے نوبتی (periodical attacks) ہوتے ہیں، تو ایسی صورت میں زندگی کا طول بالکل نہیں گھٹتا، اور ان حملوں سے

$\frac{1}{5}$ سیکنڈ

کہری

شکل ۳۰- دَوری سرعت القلب (paroxysmal tachycardia) کے ایک مریض سے لی ہوئی شریانی ترسیم- دو مختصر دَورے دکھلائے گئے ہیں جن میں سے ہر ایک تقریباً پانچ سیکنڈ جاری رہا- دَوروں کے درمیان نبض غیر منتظم ہے (مہ اتباع لیوس)-

نجات ملنے کا اچھا خاصا موقع ہوتا ہے- اگرچہ اکثر دورے زائل ہو جاتے ہیں تاہم ایک لمبے دورے میں ہلاکت واقع ہو گئی ہے- اگر طبیب کو کسی حملے کے دوران میں مریض نے

شکل ۳۱- دَوری سرعت القلب تقوید ۳ میں کی نبض تبادل غیر معمولی ہے (جے- ایم- ایچ کیامبیل)-

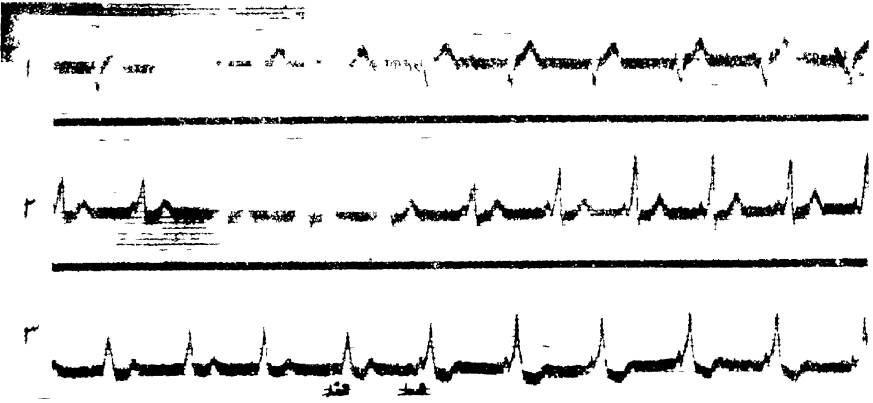
بلایا ہے تو مریض یا اُس کے دوستوں کو یہ یقین دلانا تقریباً یقینی طور پر صحیح ہوگا کہ وہ اس

مخصوص دورے سے شفایاب ہو جائے گا۔

علاج - احتیاط کے ساتھ سوال کرنے سے بعض اوقات حملوں کا واضح سبب معلوم ہو جاتا ہے، جیسے کہ تیز کافی (coffee)، کثرتِ تمباکو نوشی، شراب، جذبہ (emotion)، سرایت جیسے کہ حاد زکام، ناگہانی بار پڑنا۔ ان سب سے بچنا چاہیئے۔ لیوس (Lewis) بیان کرتا ہے کہ سو کر اٹھنے سے پہلے ایک چوڑا شکم بند (abdominal binder) لگا کر اُسے دن بھر پہنے رہنا چاہیئے، کیونکہ ایسا کرنے سے حملے رکے رہتے ہیں۔ بعض اوقات ڈیجیٹالس (digitalis) یا کوئینی ڈین (quinidine) کا ایک پورا نصاب (full course) مفید ہوتا ہے۔ بہت سے طریقے ایسے ہیں جن سے خود حملے ہی بند کر دیئے گئے ہیں، جیسے کہ ایک خاص ہیئت (attitude) اختیار کرنا، مثلاً سر کو گھٹنوں کے درمیان رکھ کر جھکنا، ہاتھوں اور گھٹنوں کے بل رینگنا، یا کبھی مرفقی وضع میں ٹھیرے رہنا یا چت (supine) لیٹنا۔ قے کرانا، ریحیت دور کرنا، پیش قلبہ (præcordium) پر برف یا شکم کے گرد ایک تنگ بندش لگانا، گردن میں اعصاب تائہہ (vagi) کو دبانا، ڈیجیٹالین (digitalin) یا اسٹروفینتھین (strophanthin) کا وریدی اشراب کرنا، گہرے شہیق اور زفیر جلد جلد کر کے تنفسی کوشش کرنا، یہ سب حملوں کو روک دینے میں کامیاب ہوئے ہیں۔ بعض اوقات مریض خود اپنے لئے کوئی ایسی چیز دریافت کر لیتے ہیں جس سے وہ حملے کو بالارادہ روک سکتے ہیں۔ کوئینی ڈین (quinidine) ممکن ہے کامیاب ثابت ہو، اور ۲ء۰ گرام سے شروع کی جاتی ہے، اور دو گھنٹہ کے بعد ۴ء۰ گرام دے کر پھر تین تین گھنٹوں کے وقفہ سے پانچ خوراکیں دیجاتی ہیں۔ ڈیجیٹلس (digitalis)، ایگل اسٹن (Eggleston) کے طریقہ سے آزمائی جا سکتی ہے، جیسا کہ اذینی ریشکی انقباض کے تحت بیان کیا گیا ہے۔

طویل حملوں کے دوران میں یہ ضروری ہے کہ مریض کو بہ آرام رکھا جائے اور اگر ضرورت ہو تو افیون کے مرکبات (opiates) کے ذریعہ سے نیند پیدا کر دی جائے۔ قریب الوقوع فشلِ قلب کے امارات کے لئے مناسب علاج کی ضرورت ہوگی۔ افتصاد (venesection) مفید ہو سکتا ہے۔ اگر کوئی عملیہ ضروری ہو تو حملوں کی سرگذشت، ایک عمومی معدمِ حس (general anæsthetic) کے استعمال کو خارج از بحث

241

نہیں کرتی -

شکل ۳۲ - کرہی توازن (nodal rhythm) - ف موجیں (ف) بطینی علائیوں (ventricular complexes) سے بہت قریب ہیں - یہ بعض برقی قلب نگاشتوں میں منعکس (inverted) ہوتی ہیں (ر - جے - ایم - ایچ - کیا مبیل) -

اذینی رفرفہ (پھڑپھڑاہٹ)

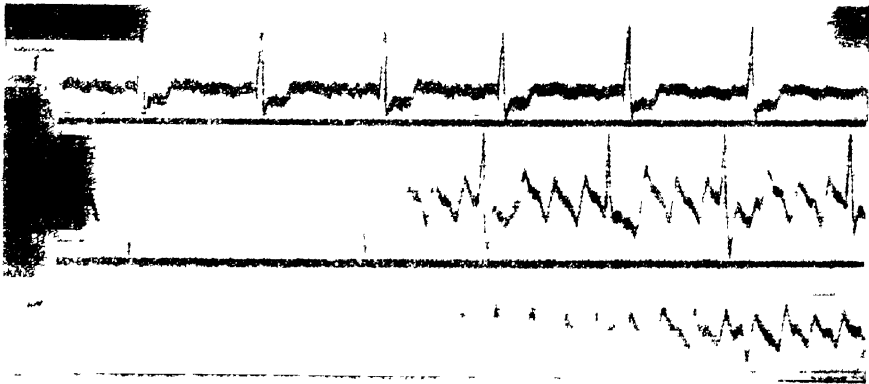
(auricular flutter)

یہ نام سرعت القلب کی اس شکل کو دیا گیا ہے، جس میں اذین نہایت جلد جلد منقبض ہوتا ہے، یعنی مختلف مثالوں میں ۲۳۰ سے لیکر ۳۵۰ بار تک، لیکن بطین عموماً اس سے آدھے یا چوتھائی تواتر کے ساتھ ضرب لگاتا ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ کسی حد تک اذینی بطینی مسدودئ قلب قائم ہوجاتی ہے - صرف ہر دوسرے، تیسرے یا چوتھے اذینی انقباض کا ایصال بطین تک ہوتا ہے - کبھی کبھی محض قلیل عرصوں کے لئے قلبی مسدودی موجود نہیں ہوتی، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بطینی شرح بھی فی منٹ ۳۲۰ ہوجاتی ہے، اور مریض عموماً غشی کی حالت میں ہوتا ہے - لیکن ۲ کے پیچھے ۱ والی قلبی مسدودی کی صورت میں نبض کبری کی شرح تقریباً ۱۶۰ سے زائد نہیں ہوتی، چنانچہ بہ استثنائے بعض مثالوں کے اگر شرح نبض اس قدر سے اوپر ہو تو اذینی پھڑپھڑاہٹ کو خارج از بحث سمجھا جا سکتا ہے -

اِس کے برعکس اگر بطینی شرح اُذینی شرح سے صرف چوتھائی ہے تو یہ صاف واضح ہے کہ نبض، جو فی منٹ صرف ستر یا اسی ہے، سرعت القلب کی موجودگی کا کوئی شبہ نہیں پیدا کریگی۔ تاہم ایک پست ارتفاع کی آواز جو فی منٹ ۳۰۰ کی لَے رکھتی ہے، سنی جا چکی ہے (62)۔ ایسی حالت میں مرض، جو صرف اذینوں کی سرعت القلب ہے، محض وریدی نبض کی ترسیم سے شناخت میں آسکتا ہے، یا برقی قلب نگارش سے، جس میں ہر بطینی ضرب (ل = R) کے پیچھے اُذینی ضربات (ف = P) دو یا چار ہونگے لیکن یہ باقاعدگی ہمیشہ نہیں قائم رہتی، اور ممکن ہے کہ غیر منتظم نبضیں واقع ہونے لگیں۔ یہ سرعت القلب دفعۃً شروع اور ختم ہوتی ہے، اور مریض کی وضع اور ورزش سے اُسی طرح متاثر ہوتی ہے جس طرح کہ دَوری سرعت القلب کی زیادہ عام شکلیں۔ لیکن یہ حالت طویل عرصوں تک جاری رہنے کا نسبتہً بہت زیادہ رجحان رکھتی ہے، اور کمتر اوقات ایسا ہوتا ہے کہ یہ عارضی ہوتی ہے (ملاحظہ ہو شکل ۳۲)۔ اگر نبض سریع ہے تو برقی قلب نگار کے ذریعہ تشخیص کرنا مشکل ہوسکتا ہے۔ ایسی صورت میں سباتی جوف (carotid sinus) پر مضبوط دباؤ ڈالکر قلب کو سست کیا جا سکتا ہے، جس سے موجوں کا سرعت سے عود کرنا ظاہر ہوجاتا ہے، جیسا کہ شکل ۳۲ کی تقویم ۲ اور ۳ میں ہے۔ ڈیجیٹیلس کے زیر اثر لانے اور اسطرح قلب کو سست کرنے سے بھی تشخیص میں مدد ملتی ہے۔ اُذین کی پھڑپھڑاہٹ پُرانے روماتزمی مریض کی نسبت اُس مریض میں زیادہ تواتر کے ساتھ ہوتی ہے جسے شریانی تصلب (arteriosclerosis) یا خون کے دباؤ کی زیادتی کی شکایت ہو۔

اَمراضیات۔ اگر اُذین میں سے ایک عضلی حلقہ کاٹ کر نکال لیا جائے اور اِسے ایک نقطہ پر متہیج کیا جائے تو اِس نقطہ سے انقباض کی دو موجیں شروع ہوتی ہیں جو مخالف سمتوں میں مساوی رفتار سے چکر لگاتی ہوئی حلقہ کی مخالف جانب پر پھر مِل جاتی ہیں۔ چونکہ عضلہ اُن کے ملنے کے وقت منقبض ہورہا ہے لہٰذا وہ حالت گریزی (refractory) میں بھی ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ یہ موجیں ایک دوسرے کو عبور نہیں کرسکتیں اور ضائع ہوجاتی ہیں (Mines)۔ اُذین کی طبعی قلبی ضرب کے متعلق یہ سمجھ لینا چاہئے کہ یہ اِسی قسم کے ضربات کا تواتر (succession of beats) ہے، جو اُذین کے گِرد چکر لگا کر ایک دوسرے سے دوچار ہوتے ہیں اسلئے وہاں ضائع ہوجاتے ہیں۔

242

اب فرض کیجئے کہ اصلی حلقہ میں ایک ناگہانی عارضی مسدودی (block) پیدا ہو جائے اور اس طرح موج صرف ایک ہی سمت میں چکر لگا سکے، تو ایسی صورت میں وہ اسی سمت میں بار بار چکر لگاتی رہے گی کیونکہ اب مخالف سمت میں کوئی موج نہیں رہی ہے جو عضلہ کو گریزی بنا کر اسے روکدے۔ اس کے چکر لگانے کا سلسلہ لامتناہی طور پر جاری رہے گا۔ اُذین کی پھڑپھڑاہٹ میں صورتِ حال ایسی ہی ہوتی ہے، موج اُذینی عضلہ کے گرد چکر لگاتی رہتی ہے، اور برقی قلب نگارش کی ف موج ایک ایسے مکمل چکر سے متناظر ہوتی ہے (نمونہ)۔ جب یہ موجِ تحریک چکر لگاتی ہے تو یہ شاخیں (offshoots) نکالتی جاتی ہے جو سارے

شکل ۳۳۔ جحوظ العینی غوطر (exophthalmic goitre) کی اصابت سے حاصل شدہ اُذینی پھڑپھڑاہٹ (auricular flutter)۔ اُذین کی شرح فی منٹ ۳۲۰ ہے، اور ۸۰ ضربات کی منتظم نبض کے ساتھ ۴ : ۱ مسدودی موجود ہے۔ (عموماً تعوید امیں پھڑپھڑاہٹ واضح نہیں ہے)۔ (جے۔ ایم ایچ کیامبل)

اُذینی عضلہ میں پھیلکر انقباض پیدا کر دیتے اور بُطینوں کو متہیج کر دیتے ہیں۔ تاہم کسی قدر اُذینی بطینی مسدودی (A. V. block) ہمیشہ قائم ہو جاتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بطین صرف ہر دوسری، تیسری یا چوتھی اُذینی ضرب کی مجیبیت ظاہر کرتے ہیں۔

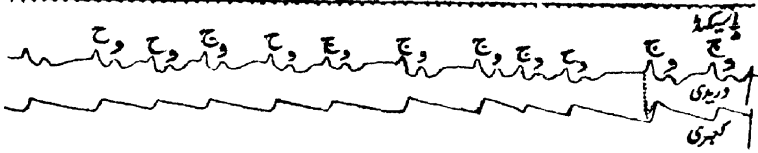
علاج ۔ یہ پایا گیا ہے کہ ڈیجیٹالس (digitalis) اُن اصابتوں میں مفید اثر

رکھتا ہے جن میں شرح نبض ۱۳۰ تا ۱۷۰، اور اُذینی ضرب کی شرح اِس سے دُگنی ہوتی ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ یہ دوا اس مزاحمت کو زیادہ کردیتی ہے جو کہ صدمات کو اُذینی بطینی بنڈل کی راہ سے گذرنے میں پیش آتی ہے۔ اور اِس طرح بطینی شرح گھٹ جاتی اور نبض سست ہوجاتی ہے۔ بہت سی اصابتوں میں ڈیجیٹالس، اُذین کے منتظم گو سریع انقباض کو درہم برہم کردیتا اور اسطرح اُذین کا ریشکی انقباض پیدا کردیتا ہے۔ اب اگر ڈیجیٹالس موقوف کردیا جائے تو ممکن ہے کہ قلب اذینی پھڑپھڑاہٹ کی طرف رجوع کرنے کی بجائے اپنا طبعی فعل اختیار کرلے۔ اِس کے بدل کے طور پر (alternatively) کیونیڈین (quinidine) کا استعمال کیا جاسکتا ہے، یا تو اولاً پھڑپھڑاہٹ کو روکنے کے لئے یا اُس ریشکی اِنقباض (fibrillation) کو روکنے کے لئے جو ڈیجیٹالس کے علاج سے پیدا ہوگیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 246)۔

اذین کا ریشکی انقباض
(auricular fibrillation)

اِس حالت کی اہمیت اِس واقعہ سے ظاہر ہوتی ہے کہ کسی شفاخانۂ عام میں جو مریض فشلِ قلب کے لئے داخل کئے جاتے ہیں اُن میں سے نصف سے زائد ایسے ہوتے ہیں جو اذینی ریشکی انقباض (auricular fibrillation) میں مبتلا ہوتے ہیں۔ اذینی ریشکی انقباض کا ایک کثیر الوقوع پیشرو حاد روماتزم ہے، اور سرسری طور پر کہا جاسکتا ہے کہ شفاخانہ میں اُذینی ریشکی اِنقباض کی جتنی اصابتیں ملتی ہیں اُن سب میں سے نصف ایسی ہوتی ہیں جو مطرانی ضیق (mitral stenosis) کی ہوتی ہیں۔ روماتزمی گروہ بھی مزاولت میں چنداں کثیر الوقوع نہیں، کیونکہ حاد روماتزم نسبتہً کم عام ہے۔ دوسرے اسباب تصلب شریان (arteriosclerosis) گوطر (goitre) بشمول بیش دَرقیت (hyperthyroidism) ہیں۔ اور چند اصابتوں میں مریض بظاہر طبعی حالت میں ہوتا ہے اِلاّ یہ کہ اِسے ریشکی انقباض ہوتا ہے۔ اذینی ریشکی انقباض جب ایک مرتبہ نمویاب ہوجاتا ہے تو پھر وہ عموماً مریض کی بقیہ زندگی بھر قائم رہتا ہے۔ تاہم ریشکی انقباض دوروں کی صورت میں بھی واقع ہوتا ہے اور چند سیکنڈ سے لیکر ایک یا دو مہینے جاری رہتا ہے۔ ایسے مریضوں

کے تجزیہ سے ظاہر ہوا کہ ۵۴ فیصدی شریانی تصلب والے تھے، ۲۵ فیصدی روماتزمی تھے، ۱۵ فیصدی کو درقیہ کا مرض تھا، اور ۱۵ فیصدی یا تو طبعی تھے یا تمباکو، الکحل وغیرہ سے یا سرایت سے مسموم لیکن سرایت غالباً ابتدائی تر اقسام کے بہت سے مریضوں میں موجود تھی (9)۔

امراضیات ۔ انسانی موضوع میں اذینی ریشکی انقباض ابتداً ۱۹۰۹ء میں راتھ برجر (Rothberger) اور ونٹر برگ (Winterburg) نے جداگانہ طور پر، اور پھر اس ملک میں لیوس (Lewis) نے بیان کیا۔ سریریاتی حالت ابتدائی ترین زمانہ سے معلوم تھی، اور اس میں نبض کو دائمی غیر منتظم نبض (pulsus irregularis perpetuus)

شکل ۳۴ ۔ ایک کثیر نگاری ترقیم ایک ایسے مریض سے جس میں قلب کی کامل بے نظمی تھی۔ بطین کے ہر انکماش کے ساتھ بالائی یا وریدی منحنی میں ج (c) اور و (v) موجیں ہوتی ہیں۔ معمولی پیش انکماشی موج و (a) بالکل غائب ہوتی ہے۔ و (a) کی غیر موجودگی اور بے نظمی کی موجودگی اذین کے ریشکی انقباض (fibrillation) سے منسوب کی جاتی ہے۔ (بہ اتباع لیوس)۔

کہتے تھے۔ میکنزی (Mackenzie) نے مشاہدہ کیا کہ وداجی ترسیمو (jugular tracings) میں موج ا (a) غائب تھی اور اُس نے سب سے پہلے اِسے شلل اذین کا نتیجہ سمجھا۔ اِس سریریاتی حالت کی حقیقی نوعیت اُسوقت پہچانی گئی جبکہ مریضوں کی برقی قلب نگارشوں (electrocardiograms) اور وداجی نبض کی ترسیمو (jugular pulse tracings) کا مقابلہ اُن کُتّوں سے لی ہوئی ترسیموں سے کیا گیا جنمیں فرادی رَو سے تہیج کے ذریعہ اُذینوں کے ریشوں میں انقباض (fibrillation) پیدا کیا گیا تھا۔ لیوس اور اُس کے رفقائے کار کے تازہ تجربات نے اِس حالت کی امراضیات (pathology) پر مزید روشنی

ڈالی ہے۔ یہ پہلے ہی بتا دیا گیا ہے کہ اُذینی پھڑپھڑاہٹ ایک موج انقباض کے باعث ہوتی ہے جو اُذین کے گرداگرد بار بار چکر لگاتی ہے۔ ریشکوں کا انقباض بھی ایک چکر لگانیوالی موج کے باعث ہوتا ہے، لیکن اِس حالت میں یہ موج فی منٹ تقریباً ۴۰۰ گردشوں (revolutions) کی رفتار سے سفر کرتی ہے، دائرہ کا محیط نسبتۃً چھوٹا ہوتا ہے موج کا راستہ زیادہ بے قاعدہ ہوتا ہے، اور اُذینی دیوار پر اُس کی شاخیں بھی بہت بے قاعدہ ہوتی ہیں۔ اِس کا سبب یہ ہے کہ جب موج اسقدر سرعت کے ساتھ سفر کر رہی ہوتی ہے تو وہ اُذینی عضلہ جس پر سے یہ موج سفر کرتی ہے جزءً گریزی حالت (refractory state) میں ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہے کہ محض چند ریشے ایسے ہوتے ہیں جو کہ ایصالِ صدم کی قابلیت رکھتے ہیں، اور یہ اسوقت جبکہ چکر لگانے والی موج پھر واپس آتی ہے، بدل جاتے ہیں، اور اسطرح انقباض کے راستہ میں انتہائی بیقاعدگی پیدا ہوجاتی ہے۔ اُذینی بطینی گرہ (A. V. node) میں بھی بقیہ عضلہ کی طرح بیقاعدہ تحریکات اُٹھتی ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بطین بھی بیقاعدگی کے ساتھ ضرب لگانے لگتا ہے۔ لیکن چونکہ کسیقدر اُذینی بطینی مسدودی (A. V. block) ہمیشہ قائم ہوجاتی ہے، لہذا بطین ہر صدمہ کی معیت نہیں ظاہر کرتا۔ لیکن اس کے باوجود ایک علاج نہ کی ہوئی اصابت میں بطین کی شرح سریع اور غیر منتظم ہوتی ہے۔

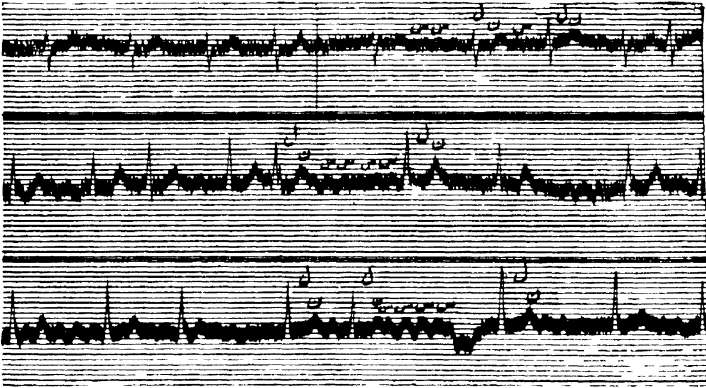
تشخیص۔ اُذین کے ریشکی انقباض کی شناخت بیشتر اصابتوں میں مقابلتہً آسان ہوتی ہے۔ ضربتہ الراس (apex beat) اور نبض دونوں کسی غالب توازن کی کامل غیر موجودگی ظاہر کرتے ہیں۔ ضربات اپنی قوت اور شرح دونوں میں بالکل غیر منتظم ہوتے ہیں۔ اگر ایک کعبری ترسیم اِس بے نظمی کو بخوبی ظاہر کرے، تو یہ دیکھنے میں آئے گا کہ ایک طویل تر وقفہ کے اختتام پر بجائے اُس قوی ضرب کے جس کی توقع ہوسکتی ہے ایک نسبتہً کمزور ضرب ملتی ہے۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ ایک مختصر وقفہ کے بعد ایک قوی ضرب دیکھی جائے (ملاحظہ ہو شکل ۳۴)۔

اُسوقت جبکہ قلب کی شرح تیز ہو ضرب قلب کا مقابلہ جیسی کہ وہ بذریعۂ استماع سنی جاتی ہے، نبض سے کیا جاتا ہے، اور یہ دیکھا جاتا ہے کہ قلب کے بہت سے ضربات کلائی تک منتقل ہونے میں سراسر ناکام رہتے ہیں۔ مطرانی ضیق کی اصابتوں میں

ڈالی ہے۔ یہ پہلے ہی بتا دیا گیا ہے کہ اُذینی پھڑپھڑاہٹ ایک موج انقباض کے باعث ہوتی ہے جو اُذین کے گرداگرد بار بار چکر لگاتی ہے۔ ریشکوں کا انقباض بھی ایک چکر لگانیوالی موج کے باعث ہوتا ہے، لیکن اِس حالت میں یہ موج فی منٹ تقریباً ۴۰۰ گردشوں (revolutions) کی رفتار سے سفر کرتی ہے، دائرہ کا محیط نسبتہً چھوٹا ہوتا ہے، موج کا راستہ زیادہ بے قاعدہ ہوتا ہے، اور اُذینی دیوار پر اُس کی شاخیں بھی بہت بے قاعدہ ہوتی ہیں۔ اِس کا سبب یہ ہے کہ جب موج اسقدر سرعت کے ساتھ سفر کر رہی ہوتی ہے تو وہ اُذینی عضلہ جس پر سے یہ موج سفر کرتی ہے جزءً گریزی حالت (refractory state) میں ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہے کہ محض چند ریشے ایسے ہوتے ہیں جو کہ ایصالِ صدمہ کی قابلیت رکھتے ہیں، اور یہ اسوقت جبکہ چکر لگانے والی موج پھر واپس آتی ہے، بدل جاتے ہیں، اور اسطرح انقباض کے راستہ میں انتہائی بیقاعدگی پیدا ہوجاتی ہے۔ اُذینی بطینی گرہ (A. V. node) میں بھی بقیہ عضلہ کی طرح بیقاعدہ تحریکات اُٹھتی ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بطین بھی بیقاعدگی کے ساتھ ضرب لگانے لگتا ہے۔ لیکن چونکہ کسیقدر اُذینی بطینی مسدودی (A. V. block) ہمیشہ قائم ہوجاتی ہے، لہذا بطین ہر صدمہ کی مجیبیت نہیں ظاہر کرتا۔ لیکن اس کے باوجود ایک علاج نہ کی ہوئی اصابت میں بطین کی شرح سریع اور غیر منتظم ہوتی ہے۔

تشخیص۔ اُذین کے ریشکی انقباض کی شناخت بیشتر اصابتوں میں مقابلتہً آسان ہوتی ہے۔ ضربتہ الراس (apex beat) اور نبض دونوں کسی غالب توازن کی کامل غیر موجودگی ظاہر کرتے ہیں۔ ضربات اپنی قوت اور شرح دونوں میں بالکل غیر منتظم ہوتے ہیں۔ اگر ایک کعبری ترسیم اِس بے نظمی کو بخوبی ظاہر کرے، تو یہ دیکھنے میں آئے گا کہ ایک طویل تر وقفہ کے اختتام پر بجائے اُس قوی ضرب کے جس کی توقع ہو سکتی ہے ایک نسبتہً کمزور ضرب ملتی ہے۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ ایک مختصر وقفہ کے بعد ایک قوی ضرب دیکھی جائے (ملاحظہ ہو شکل ۳۴)۔

اُسوقت جبکہ قلب کی شرح تیز ہو ضربِ قلب کا مقابلہ جیسی کہ وہ بذریعۂ استماع سُنی جاتی ہے، نبض سے کیا جاتا ہے، اور یہ دیکھا جاتا ہے کہ قلب کے بہت سے ضربات کلائی تک منتقل ہونے میں سراسر ناکام رہتے ہیں۔ مطرانی ضیق کی اصابتوں میں

حقیقی اُذینی انکماشی خَرخَر (auriculo-systolic murmur) کبھی نہیں ہوتی، کیونکہ اُذین نے ضرب لگانا موقوف کر دیا ہوتا ہے۔ اگر خرخر کبھی سُنائی بھی دے، تو وہ ہمیشہ ابتدائی انبساطی یا وسط انبساطی (mid-diastolic) ہوگی۔ بعض اوقات وہ بہ ظاہر پیش اِنکماشی (presystolic) ہوتی ہے، لیکن یہ ایسی صرف اسی وجہ سے ہوتی ہے کہ قلب بعض اوقات انبساطی خَرخَر کے ختم ہونے سے پہلے ہی منقبض ہوجاتا ہے۔ جب وقفہ اتنا کافی طویل ہو کہ وسط انبساطی خرخر پورے طور پر ختم ہوجائے، تو حقیقی اُذینی اِنکماشی خَرخَر کبھی نہیں سُنائی دیتی۔

شکل ۳۵۔ اُذین کے ریشکی انقباض کی برقی قلب نگارش۔ طلیعی ل (R) اور ن (T) موجیں نہایت بیقاعدگی کے ساتھ واقع ہیں، اور اذینی ف موجیں (P-waves) غیر موجود ہیں، لیکن اُن کی جگہ کثیر التعداد چھوٹی چھوٹی موجوں، س (F) نے لے لی ہے، جو منحنی میں منتشر ہیں۔ [مسٹر اِتباع رسیل وَیلس (Russel Wells)]۔

جب قلب بے قاعدگی کے ساتھ، اور ایسی شرح سے ضرب لگاتا ہو کہ جو فی منٹ ۲۰ اسے زائد ہو، تو یقیناً یہ اذین کے ریشکی انقباض (auricular fibrillation) کی اصابت ہے۔ لیکن جب قلب سستی کے ساتھ، یا یوں کہئے کہ ..اسے کم بار ضرب لگاتا ہو، اور اُس کی بیقاعدگی بھی چنداں زیادہ نہ ہو، تو شناخت زیادہ مشکل ہوتی ہے۔ تاہم ایک مزید قیمتی امارت یہ ہے:۔ مریض سے کسی ہلکی قسم کی ورزش کے لئے، جیسے کہ

اوپر نیچے جھکنے، یا بستر میں ایک دوبار اُٹھ کر بیٹھنے اور پھر لیٹنے کو کہا جاتا ہے۔ اگر اذینی ریشکی انقباض موجود ہے تو اِس ورزش سے قلب اور بھی زیادہ غیر منتظم ہو جائے گا۔ دوسری اصابتوں، مثلاً متزاد انکماشات یا قلبی مسدودی میں ورزش کرنے کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ نبض زیادہ باقاعدہ اور منتظم ہو جاتی ہے۔

انذار۔ اذینی ریشکی انقباض ایک خطرناک حالت ہے۔ دس سال سے زائد زندہ رہنے والے مریض زیادہ نہیں ہوتے۔ فوری اِنذار کا بیشتر انحصار شرح نبض کو ۹۰ سے نیچے رکھنے کی قابلیت پر ہے، جو ایک امید افزا امارت ہے، اور وہی علاج کا بڑا مقصد بھی ہے۔ قلب جتنا بڑا ہوگا انذار اتنا ہی خراب ہوگا۔ اس کے برعکس جب اتلافی فشل ہو تو ریشکی انقباض والی اصابتوں میں بمقابلہ ان اصابتوں کے کہ جن میں ریشکی انقباض نہیں ہوتا عارضی صحت یابی ہونے کا امکان زیادہ ہوتا ہے (20)۔ کیونیڈین، تقریباً ۵۰ فیصدی اصابتوں میں، اکثر اوقات صرف عارضی طور پر شفا بخش ثابت ہوتی ہے۔

علاج۔ امراض قلب میں ڈیجیٹالس (digitalis) کو جو بڑی شہرت اور ناموری حاصل ہے اُس کا دارومدار خاصکر اسی امر پر ہے کہ وہ اِس حالت کے علاج میں کامیاب ثابت ہوتی ہے۔

سب سے پہلے ۱۷۸۵ء میں برمنگھم کے ایک طبیب ولیم وِدَرِنگ (William Withering) نے طب کو ڈیجیٹالس سے روشناس کیا۔ اُس نے اِستسقا کے کامیاب علاج کا ایک خاندانی نسخہ حاصل کیا، جو شراپ شائر کی ایک ضعیفہ نے عرصۂ دراز تک صیغۂ راز میں رکھا تھا اور جس سے اُس نے اُن مریضوں کو اچھا کر دیا تھا جن کے علاج میں نسبتہً زیادہ باقاعدہ الاطباء عاجز رہ گئے تھے۔ اِس دوا میں بیس یا زائد مختلف بوٹیاں تھیں لیکن وِدَرِنگ نے اُن میں سے کف الثعلب (fox-glove) کو بحیثیت ایک فعّال جزو کے منتخب کر لیا۔ اُس کی کتاب میں ۱۶۳ مریضوں کا حال درج ہے، لیکن وہ استسقا کے غائب ہو جانے اور متناظر ادرار پر بہ نسبت اُس اثر کے جو قلب پر ہوتا ہے زیادہ توجہ دیتا ہے، اگرچہ چند مریضوں میں قلب پر کے اثر کا بطورِ خاص تذکرہ کیا گیا ہے۔ تاہم وہ مندرجۂ ذیل نوٹ کرتا ہے:۔ "قلب کی حرکت پر اِسے اِس درجہ کا اقتدار حاصل ہے جو ابتک کسی دوسری دوا میں مشاہدہ میں نہیں آیا۔"

245

اگر نبض ۱۰۰ سے زائد ہو تو مریض کو بستر میں رکھکر اس کا علاج سفوف ڈیجیٹالس (pulv. digitalis) ۱ تا ۱½ گرین جو کہ معیاری صبغیہ (tincture) کے ۱۰ - ۱۵ قطرات کے برابر ہوتا ہے، دن میں تین یا چار مرتبہ دے کر کرنا چاہئیے یا تازہ خیساندہ (infusion) استعمال کیا جاسکتا ہے۔ اگر نبض کی رفتار میں کمی نہ ہو، تو اس کی مقدار خوراک کو بڑھایا جاتا ہے، یہانتک کہ ڈیجیٹالس کے تسمم کے واضح علامات ظاہر ہونا شروع ہوں۔ وہ علامات یہ ہیں:۔ متلی، قے، اسہال، اور دردِ سر۔ اب اِن علامات کو دور کرنے کے لئے مقدار خوراک کو کافی گھٹا دینا چاہئیے، اور اِسے مطلوبہ اثر حاصل ہونے تک جاری رہنے دینا چاہئیے۔

حاد یا نہایت خطرناک اصابتوں میں اسٹروفینتھین (strophanthin) ۱/۲۰۰ گرین، طبعی مالح (normal saline) میں ملاکر دروں وریدی طور پر دیسکتے ہیں، اور یہی مقدار مکرر دیجا سکتی ہے۔ اِسے تحت الجلدی یا دروں عضلی راہ سے بھی دیسکتے ہیں۔ دروں وریدی اِسٹروفینتھین چنداں خالی از خطر نہیں، کیونکہ مفید ترین علاجی اثر حاصل کرنے کے لئے دوا کی جو مقدار ضروری ہوتی ہے وہ زہریلی مقدار خوراک کے قریب ہوتی ہے۔ زیادہ دیر تک پڑا رہنے پر اس کی قوت تاثیر میں کمی ہو جاتی ہے۔ اذینی ریشکی انقباض کی حاد اصابتوں کے علاج کا ایک زیادہ خالی از خطر طریقہ ایگلسٹن (Eggleston) کا ہے، جس نے بتلادیا ہے کہ جب ایک سریع اور کامل اثر پیدا کرنا ضروری ہو تو اذینی ریشکی انقباض اور فتل القلب والے مریضوں میں، ڈیجیٹالس کی اُن مقداروں کی نسبت جو عموماً استعمال کی جاتی ہیں، بہت زیادہ بڑی خوراکیں براہِ دہن دیجا سکتی ہیں۔ یہ ضروری ہے کہ ڈیجیٹالس کی ایک معقول طور پر معیاری بنائی ہوئی تجہیز (standardized preparation) استعمال کی جائے۔ امریکہ میں ڈیجیٹالس کے علاج کی اِکائی (unit for digitalis therapy) "گربہ اکائی" ("cat unit") ہے یعنی ڈیجیٹالس (کے سفوف کئے ہوئے پتوں کی ملی گراموں میں ظاہر کی ہوئی) وہ اقل مقدار جو دروں وریدی اشراب کرنے پر بلی کے لئے مہلک ثابت ہو۔ اِس ملک میں ڈیجیٹالس کی بیشتر عمدہ تجہیزوں کی "گربہ اِکائی" سفوف کردہ پتوں کے ۱۰۰ ملی گرام کے برابر ہوتی ہے۔ اِن حالات میں ڈیجیٹالس کی وہ مجموعی مقدار جو ایک مریض کو دیجاسکتی ہے ذیل کے ضابطہ میں دی گئی ہے:۔

صبغیہ ڈیجیٹالس کے مکعب سنٹی میٹروں کی تعداد = ۰٫۱۵ × جسم کا وزن

رطلوں میں۔

سفوف کردہ پتوں کے گراموں کی تعداد = ۰.۰۱۵ × جسم کا وزن رطلوں میں۔
مریض کے جسم کے طبعی وزن سے کام لینا چاہئیے، اور اس کی تخمین مریض کے حقیقی وزن سے کرنے میں کسی اڈیما کا جو موجود ہو لحاظ رکھنا چاہئیے۔ جسمانی طول پر سے قیاس کردہ وزن کام میں لایا جاسکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 472)۔ آخر الذکر کی پیمائش قمۃ الراس (vertex) اور عظم الورک کے حدبات (ischial tuberosities) کے درمیان اُسوقت کرنا چاہئیے جبکہ مریض بستر پر لیٹا ہوا ہو۔ شاید زیادہ خالی از خطرہ یہی ہے کہ اندازہ کردہ مقدار کا ۳/۴ ہی کام میں لایا جائے۔ یہ تخمین کرنے پر ایک بالغ کے لئے عموماً صبغیہ کی ۳ ڈرام پائی جاتی ہے۔ بہترین یہ ہے کہ یہ تین یا چار خوراکوں میں چھ چھ گھنٹوں کے فاصلہ سے دی جائے، اسطرح پر کہ مجموعی مقدار کے نصف سے شروع کیا جائے، پھر پاؤ، پھر ۱/۸، پھر ۱/۱۲۔ شرح نبض کم کرنے میں اعظم اثر ایک دو گھنٹے میں اسطرح حاصل کیا جاسکتا ہے کہ ڈیجیٹالس کے پتوں سے ایک خالص گلوکوسائیڈ ڈگاکسن (glucoside digoxin) کا دروں وریدی اشراب کیا جائے، خوراک ۰.۷۵ ملی گرام اور ۱.۵ ملی گرام کے درمیان، جس کے الکحلی محلول کو ۰.۹ مالح کے ساتھ ہلکا لیا جاتا ہے۔ بیجوں سے ڈیجیٹالینم ویرم (digitalinum verum) کا بھی اشراب کیا جاسکتا ہے، خوراک ۵ ملی گرام جو کہ ۰.۷۵ ملی گرام ڈگاکسن (digoxin) اور معیاری صبغیہ کے ۵۰ قطرات کے معادل ہوتی ہے۔ ڈگاکسن براہ دہن بھی فعال ہوتی ہے۔ دونوں زیر جلدی بافتوں کے لئے خراش آور ثابت ہوتے ہیں (60)۔

ڈیجیٹالس علاج کا مقصد یہ ہے کہ جب مریض بستر پر لیٹا ہوا ہو تو اس کی نبض ۸۰ اور ۹۰ کے درمیان رہے۔ جب یہ مقصد حاصل ہو جائے تو مریض اُٹھ سکتا ہے، اور پھر یہ مقدار بتدریج گھٹا دیجاتی ہے اور پھر عموماً یہ دیکھا جائے گا کہ نبض اب بھی سست رہتی ہے۔ اس کے لئے جو اقل مقدار ضروری ہے اُس کا تعیین کرلیا جاتا ہے، اور مریض کو اس مقدار کو اپنی باقی زندگی بھر لیتے رہنا چاہئیے۔ لیکن اگر ڈیجیٹالس کے علاج کے باوجود شرح نبض بدستور بلند رہے تو اس قسم کی دوا سے اس سے زیادہ نہیں کیا جاسکتا۔ دوسرے مقتضیات (indications) یہ ہیں کہ بے انتہا محنت سے احتراز کیا جائے، ہیجان، حمل اور قبض سے بچا جائے، اور حتی الامکان تندرست رہا جائے۔ عمومی معدنا حس

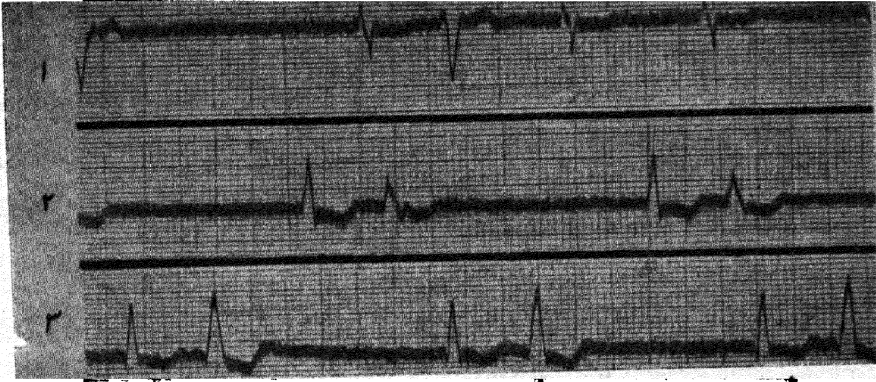
(general anæsthetics) صرف اُسی وقت دینے چاہئیں جبکہ ایک عملیہ سے مریض کی زندگی بہت زیادہ بڑھائی جا سکے، یعنے جب عملیہ عملاً ناگزیر ہو۔

قلب کو سست کر دینے میں ڈیجیٹالس کا فعل قلبی سدودی پیدا ہو جانیکے باعث ہوتا ہے، جو اس درجہ کلی ہوتی ہے کہ اُن کثیر التعداد صدمات کو روکنے کے لئے کافی ہوتی ہے جو اذینوں سے پیدا ہو کر بطین پر یورش کر دیتے ہیں۔ یہ قلبی سدودی غالباً عضلۂ قلب پر راست فعل کے باعث ہوتی ہے، جو غالباً اذینی بطینی بنڈل (auriculo-ventricular bundle) میں کسی مقام پر یا اذینی بطینی گرہ (A. V. node) پر ہوتا ہے۔ تندرست قلوب میں ڈیجیٹالس کا فعل عصب تائیہ کا اِمتناع (vagal inhibition) پیدا ہو کر ہوتا ہے۔ جب ڈیجیٹالس کا استعمال حد سے زائد جاری رکھا جائے تو ممکن ہے کہ تسمم کی دوسری علامتوں کے علاوہ "ڈیجیٹالسی مزدوجیت" ("digitalis coupling") واقع ہو جائے (شکل ۳۶)۔ نبض سست ہو جاتی ہے، اور قلب متبادلاً قوت کے ساتھ اور کمزوری کے ساتھ ضرب لگاتا ہے۔ جب یہ واقع ہو جائے تو ڈیجیٹالس کو عارضی طور پر حذف کر دینا چاہئے۔ یہ خطرے کی امارت ہے۔

۱۹۱۸ء میں فرے (Frey) نے اُذین کے ریشکی انقباض (auricular fibrillation) کے علاج کے لئے دنیائے طب کو کیونیڈین (quinidine) سے روشناس کیا۔ یہ اذینی عضلہ پر دو طریقوں سے عمل کرتی ہے:۔ (۱) یہ گریزی عرصہ (refractory period) کو طویل بنا دیتی ہے۔ یہ بتلایا گیا ہے کہ اذین کے ریشکی انقباض میں اذین کے گرد ایک تیز مسرکسی حرکت ہوتی ہے، اور مزید براں یہ موج تقریباً پورے دور میں پھیل جاتی ہے، اس طرح کہ بڑھتی ہوئی موج کے سر اور اس کی بھاگتی ہوئی دُم کے درمیان صرف ایک چھوٹا فصل تحریک پذیر عضلہ کا رہ جاتا ہے۔ جب گریزی عرصہ زیادہ ہو جاتا ہے تو اِس چھوٹے فصل میں کا عضلہ تحریک ناپذیر ہو جاتا ہے اور وہ حرکت موقوف ہو جاتی ہے۔ (۲) کیونیڈین اذین کی قوت ایصال کو کم کر دیتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ موج نسبتہً سست رفتاری سے سفر کرتی ہے۔ یہ فعل سابق الذکر فعل کے خلاف ہے اور موج کا اِستمرار پیدا کر دینے کا رجحان رکھتا ہے، کیونکہ تحریک پذیر عضلہ کا فصل زیادہ ہو جاتا ہے۔ کیونیڈین کے اثر کا انحصار اِس پر ہے کہ اِن دونوں افعال میں سے کون سا فعل زیادہ قوی ہے۔ اگر

246

پہلا فعل قوی ہو تو اذینی ریشکی انقباض موقوف ہو جائے گا ' اور قلب اپنا طبعی توازن پھر حاصل کرلے گا ۔ ایسا تقریباً نصف اصابتوں میں ہوتا ہے ۔ بقیہ نصف میں یہ دوا بیکار ہوتی ہے ' اور ممکن ہے کہ یہ دوسرے فعل کے غالب رہنے کی وجہ سے ہو ۔

کیونیڈین کا علاج کرنے سے پہلے بہترین طریقہ یہ ہے کہ مریض کو بستر میں رکھکر ڈیجیٹالس کے علاج کا ایک ابتدائی نصاب دیا جائے ' اور بطینی شرح کو ۷۰ اور ۸۰ کے درمیان گھٹا کر اسکی سالت میں اصلاح کرلی جائے ۔ اگر اس سے مریض میں کوئی اصلاح نہ پائی جائے تو یہ اصابت کیونیڈین کے لئے ناموزوں ہے ' کیونکہ مریض کی اصلی حالت کا

شکل ۳۶ ۔ ڈیجیٹالسی مزدوجیت (digitalis coupling)۔
(جے ۔ ایم ۔ ایچ کیامبل) ۔

سبب کوئی غیر طبعی توازن نہیں ہے بلکہ زیادہ تر خود قلب میں نقائص ہیں ۔ اذینی ریشکی انقباض کی وہ اصابتیں بھی کیونیڈین کے علاج کے لئے چنداں موزوں نہیں ' جن میں ڈیجیٹالس دئے بغیر ہی بطینی شرح سست ہو ۔ تازہ سُدادیت (embolism) کی سرگذشت بھی کیونیڈین کے استعمال میں مانع آتی ہے ' کیونکہ اگر اذین میں ایک علقہ (thrombus) موجود ہے ' تو اُسوقت جبکہ اذین پھر طبعی طریقہ سے ضرب لگانا شروع کرے ' ممکن ہے وہ آزاد ہوکر سدادیت پیدا کردے ۔

اگر کیونیڈین سے علاج کرنے کا فیصلہ کرلیا گیا ہے تو ڈیجیٹالس موقوف کردیا جاتا ہے

اور دوسرے دن کیونیڈین سلفیٹ کے ۲ء۰ گرام کی ایک ابتدائی خوراک براہِ دہن دیجاتی ہے، یہ دیکھنے کے لئے کہ اس دوا کے خلاف کوئی خاص مزاجی خصوصیت (idiosyncrasy) تو موجود نہیں ہے۔ پھر یہ جیلاٹین کے کیپسوں کے اندر ۴ء۰ گرام کی خوراکوں میں دی جاتی ہے، پہلے تو دن میں ایکبار، پھر روزانہ دوبار، اور پھر دن بھر میں تین یا چار بار۔ نبض کی شرح اور اُس کے نظم پر احتیاط کے ساتھ نظر رکھی جاتی ہے، اور دوا کے اثر کی مزید توضیح برقی قلب نگارشوں کے ذریعہ کی جاسکتی ہے۔ بطینی شرح ابتداءً زیادہ ہوجاتی ہے لیکن اُذینی شرح کم ہوتی ہے۔ کبھی کبھی کیونیڈین سے شری (urticaria)، دردِ سر، دوران سر، اختلالاتِ بصارت، متلی، قے اور ارتفاعِ تپش پیدا ہوجاتے ہیں۔ اگر فشلِ قلب کے امارات ظاہر ہوں تو اس دوا کو یقیناً موقوف کردینا چاہیئے۔ جب اذینی ریشکی انقباض رفع ہوجائے تو چند ہفتوں تک کیونیڈین کی تھوڑی تھوڑی خوراکیں (روزانہ ۸ء۰ گرام) جاری رکھنا مناسب ہے۔ یہ مقدار بتدریج کم کرکے بالآخر اِس دوا کو موقوف کرسکتے ہیں۔ نکس (relapse) کا ہونا شاذ نہیں اور اُس کا علاج بھی اِسی اصول پر کرنا چاہیئے۔

247

قلب کا توازن طبعی ہوجانے پر مریضوں کو عموماً زیادہ آرام محسوس ہوتا ہے اور اسی وجہ سے کیونیڈین کو ڈیجیٹالس پر، جو ریشکی انقباض کو رفع نہیں کرتا، فوقیت حاصل ہے۔ دائمی اور نوبتی دونوں قسم کے اذینی ریشکی انقباض میں کیونیڈین دیجاسکتی ہے۔ درقی سمی ریشکی انقباض (thyro-toxic fibrillation) کی اصابتوں پر کیونیڈین کا اچھا اثر اُسیوقت ہوتا ہے جبکہ بیش درقیت (hyper-thyroidism) کا معقول علاج کیا جاچکا ہو۔ کیونیڈین اور ڈیجیٹالس کو ساتھ ساتھ نہیں دینا چاہیئے۔

نبض متبادل
(pulsus alternans)

قلب کی غیر طبعی ضرب کی اِس قسم میں چھوٹے اور بڑے ضربات نظم کے ساتھ متبادل ہوتے ہیں، لیکن نبض دوتوامی (pulsus bigeminus) یا مزدوج ضربات کے بر عکس (جس میں ایک چھوٹی ضرب کے بعد کا وقفہ اس سے بڑا ہوتا ہے کہ جتنا ایک بڑی ضرب کے بعد کا وقفہ) شروع سے آخر تک وقفے تقریباً ٹھیک طور پر یکساں ہوتے ہیں۔ اگر

ایک چھوٹی اور بڑی ضربِ نبض کے درمیان کا فرق زیادہ نمایاں نہو تو ممکن ہے کہ وہ اُنگلی سے شناخت میں نہ آئے اور اِس حالت کو بتلانے کے لئے نبض نگار (sphygmograph) کی ضرورت پڑے۔ اگر فرق نمایاں ہے، یعنے اگر متبادل کمزور ضربات نہایت چھوٹے ہیں، تو ممکن ہے کہ اُنہیں انگلی محسوس نہ کرے، اور ایسی نبض غیر معمولی طور پر سست سمجھ لی جائے، یعنے وہ دراصل جتنی ہے اُس سے نصف سست۔ ضغط النبض پیما (sphygmomanometer) سے خون کا دباؤ لینے سے بھی یہ حالت پہچانی جاسکتی ہے۔ دباؤ کے ایک خاص درجہ پر کمزور ضربات غائب (eliminated) ہوجاتے ہیں اور کلائی کی نبض بظاہر اپنی اصلی شرح سے نصف کم ہوجاتی ہے۔ نبض متبادل کی تشخیص برقی قلبی نگارش (electro-cardiogram) کے ذریعہ چنداں آسانی کے ساتھ نہیں ہوتی۔ لیکن صفحہ 240 پر کی شکل ۱۳، تقویہ ۳ میں وہ موجود ہے، جیسا کہ ل۔م جولت (R. S. excursion) کی متبادل تخفیف سے ظاہر ہوتا ہے۔

یہ غیر طبعی حالت یقیناً عضلۂ قلب کی ناقص انقباض پذیری (contractility) یا خستگی (exhaustion) کے باعث ہوتی ہے۔ یہ ورزش سے بڑھ جاتی یا نمایاں ہوجاتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ عارضی ہوا ور غائب ہوجائے لیکن اگر مسلسل ہو تو اِس سے یہ پتہ چلتا ہے کہ قوتِ انقباض پذیری (contractile power) کے نقص کا سبب مستقل یا دائمی (persistent) ہے، مثلاً عضلۂ قلب کا انحطاط (myocardial degeneration)۔ تجربہ ظاہر کرتا ہے کہ اِس کی شدید اصابتیں (pronounced cases) شاذ ہی دو سال سے زائد تک موجود رہتی ہیں، اور ناگہانی طور پر موت کا وقوع شاذ نہیں۔ اِنذار اُسوقت اور بھی خراب تر ہوتا ہے جبکہ تبادل نبضِ بطی (slow pulse) کے ساتھ دیکھا جائے۔ اگر یہ حالت محض اُسیوقت ظاہر ہو جبکہ قلب سرعت کے ساتھ ضرب لگاتا ہو تو انذار چنداں خراب نہیں ہوتا۔

علاج۔ قلب کی قوت کو محفوظ رکھنے کے لئے اُسے سکون و آرام دینا چاہیئے۔ ڈیجیٹالس اُن اصابتوں میں مفید پایا گیا ہے جن میں نبض تیز ہو، بالخصوص جبکہ اُذیما بھی موجود ہو۔ اِس کے استعمال سے نبض بطی ہوکر تبادل رفع ہوجاتا ہے۔

قلیل الوقوع فعل

(بُطءُ القلب = bradycardia)

اگرچہ نبض کُعبری اور قلب کا طبعی تواتر اکثر ستر فی منٹ سمجھا جاتا ہے، تاہم ساٹھ فی منٹ کی نبض بالکل عام ہے۔ بعض اشخاص میں پچاس کی نبض طبعی ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ ان بطئُ النبض (slow pulsed) اشخاص میں آدھی رات کے سرد گھنٹوں میں یا علی الصباح نبض کی شرح گھٹ کر اڑتالیس ہوجائے۔ فاقہ کشی (starvation) اور قلتِ تغذیہ (under nutrition) میں بھی نبض کی شرح سست پائی جاتی ہے اور بلاشبہ نبض کی یہ سُستی تحوّل کی تخفیف کی وجہ سے ہے جو کہ واقع ہوجاتی ہے۔

اِس حالت کے لئے امتحان کرتے وقت بلاشبہ قلب اور نبض کُعبری دونوں کا مشاہدہ کرنا ضروری ہے، کیونکہ کئی حالتیں ایسی ہوتی ہیں جن میں ممکن قلب کی ضرب کلائی تک نہیں پہنچ سکتی، مثلاً نبضِ متبادل (pulsus alternans) یا نبض دو توامی (pulsus bigeminus)۔ اگر صرف نبض ہی دیکھی جائے تو بُطءُ القلب (bradycardia) کا شبہ ہوتا ہے، گو کہ قلب طبعی شرح سے ضرب لگا رہا ہوتا ہے۔

بُطءُ القلب کی بہت سی حالتیں عصب تائیہ کے ہیجان (vagal stimulation) کے باعث ہوسکتی ہیں، جو معکوس طور پر پیدا ہوسکتا ہے۔ چنانچہ وہ نبض بطی جو کہ ضغطۃ الدماغ (cerebral compression)، یرقان، انفلوئنزا اور دوسرے حاد امراض ساریہ کے بعد کی نقنہیت (convalescence) سے ظہور میں آتی ہے اسی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔ یہی الفاظ پورے قلب کی سست رفتاری کے متعلق کہے جاسکتے ہیں کہ جس سے بے ہوشی کا وہ حملہ ہوجاتا ہے جس کا عام سبب جذبہ (emotion) یا دیر تک کھڑا رہنا ہے، یا ممکن ہے کہ بے ہوشی کے وہ حملے پیدا ہوں جو اُوسطی مرض میں ہوتے ہیں۔

دورانِ تنفس میں قلب کا متبادلاً سُست اور تیز ہوجانا (جو فی عدم توازن sinus arrhythmia:) بھی عصب تائیہ کے فعل کے سبب سے ہے، نیز وہ کسی قدر غیر عام "ہیئتی بیقاعدگی" ("phasic irregularity")، بھی جس میں تنفس کے تعلق کے بغیر

248

اور بلا کسی ظاہری سبب کے پورا قلب نوبی طور پر سست پڑجاتا ہے۔

ایک دوسری غیر عام حالت جو بُطءُ القلب (bradycardia) پیدا کردیتی ہے جوفی اُذینی مسدودی (sino-auricular block) ہے، لیکن خود جوفی اذینی مسدودی کا عصبِ تائیہ کے ہیجان کے باعث ہونا ممکن ہے۔ طویل المدت بُطءُ القلب کا ایک خاصہ عام سبب اذینی بطینی مسدودی ہے، بالخصوص اس وقت جبکہ یہ مسدودی کامل درجہ کی ہو۔

بطین کا ریشکی انقباض

(ventricular fibrillation)

برقی قلب نگار کی وساطت سے ریشکی انقباض کا وقوع بطین میں اسی طرح ہوتا دیکھا گیا ہے کہ جس طرح اذین میں۔

بالعموم یہ موت سے فوراً پہلے دیکھا جاتا ہے، گو یہ ضروری نہیں ہے کہ یہ موت کا سبب ہو۔ لیکن جانوروں میں، اور شاذ موقعوں پر انسان میں بھی، یہ کچھ عرصہ کے بعد موقوف ہوکر شفایابی واقع ہوگئی ہے۔ صعقہ (lightning stroke) میں موت کا سبب یہی معلوم ہوتا ہے، اور بعضوں کا یقین ہے کہ عدم حسیتِ کلوروفارم کی بعض مہلک وارداتوں کی توجیہ بھی اسی سے ہوتی ہے۔

قلب کی تعویض

مرض میں قلب بسا اوقات کسی قدر ازکاررفتگی کے تحت فعل کرتا ہے۔ جب قدرتی اعمال کے ذریعہ قلب کی طاقت بڑھ کر اس ازکاررفتگی پر غلبہ حاصل ہوجاتا ہے، تو قلب کو تعویض یافتہ کہا جاتا ہے۔ قلب کی طاقت اسطرح بڑھ سکتی ہے کہ عضلی دیواروں کی دبازت بڑھ جائے۔ اِس کو بیش پرورش کہتے ہیں، جس کے ہمراہ ممکن ہے کہ جوفوں کا اتساع پایا جائے یا ممکن ہے نہ پایا جائے۔

جب یہ ازکاررفتگی کہ جس کے تحت قلب فعل کرتا ہے ادنیٰ درجہ کی ہو، تو بیش پرورش اس حد تک واقع ہوجائے گی کہ قلب سے خواہ کوئی کام بھی انجام دینے کا

مطالبہ کیا جائے اس کی مجیبیت اتنی ہی موثر ہوگی جیسی کہ کسی طبعی شخص میں۔ چنانچہ شدید ترین قسم کی عضلی ورزش کے بعد بھی مریض معمول سے زیادہ گستہ نفس نہیں ہوتا ایسی از کار رفتگی کو مکمل طور پر تعویض یافتہ کہتے ہیں۔

اگر یہ از کار رفتگی بلند تر درجہ کی ہی ہو، تو مریض کو آرام کی حالت میں یا ہلکی ورزش کے دوران میں تو کوئی تکلیف نہیں ہوتی، لیکن جب ورزش شدید تر ہو تو وہ طبعی سے زیادہ گستہ نفس ہو جاتا ہے، اور یہ گستہ نفسی کچھ مدت تک قائم رہتی ہے۔ اس صورت میں گویا قلب ہلکی ورزش کے لئے تعویض یافتہ ہے، لیکن شدید تر ورزش کے لئے تعویض نایافتہ ہے۔ ایسی صورت کے لئے جزوی یا نامکمل تعویض کی اصطلاح کا استعمال کیا جا سکتا ہے۔

اس سے بھی شدید تر اصابتوں میں، جبکہ قلب کا فشل ہو رہا ہوتا ہے، مریض بستر پر آرام کی حالت میں پڑا ہوا بھی گستہ نفسی اور دیگر علامات ظاہر کرتا ہے۔ اس صورت میں تعویض کا مکمل فشل ہو چکا ہے، اور قلب کے مختلف کو شک اس سے زیادہ متسع ہو چکے ہیں کہ جتنے وہ تعویض کے فشل سے قبل تھے۔

بیش پرورش

(hypertrophy)

قلب کی بیش پرورش، جسم کی قدرتی مجیبیت ہے۔ جو کہ قلب پر پڑے ہوئے زائد کام کی وجہ سے ظہور میں آتی ہے، اور جو اسی وقت تک واقع ہو سکتی ہے جب تک کہ خون کی ایک معقول رسد پہنچکر قلب کے تغذیہ کو بخوبی قائم رکھے۔ جب بطینوں کی بیش پرورش، متناظر کہفوں کے ازدیاد (اتساع) کے بغیر واقع ہو تو اسکو ہم مرکز بیش پرورش کہتے ہیں، اور اس امر کے پیش نظر کہ زائد کام قلب کی کس جانب پر پڑتا ہے، یہ چپ جانبی یا راست جانبی ہو سکتی ہے، یا ممکن ہے کہ دونوں جانبین مساوی طور پر متاثر ہوں۔ چپ جانبی بیش پرورش جب بائیں بطین کے اتساع کے بغیر ہو تو اس کے اسباب حسب ذیل ہیں۔ (۱) اورطی مصراعوں کا مرض، جبکہ اس سے دہنہ کی تنگی واقع ہو۔ (۲) نہایت شاذ طور پر اورطی کی پیدائشی تنگی۔ (۳) بڑھا ہوا شریانی تناؤ۔ (۴) قلب کا مسلسل سریع فعل

جیسا کہ جحوظی گھینگے (exophthalmic goitre) میں ہوتا ہے۔ (۵) انضمامات تامور، جو حرکات قلب میں مزاحم ہوکر قلب پر زائد کام کا بار ڈالدیتے ہیں۔

دائیں بطین کی بیش پرورش، ریوی دوران خون میں تسدد ہوجانے سے پیدا ہوجاتی ہے، اور یہ تسدد:۔ (۱) ریوی دہنہ پر واقع ہوسکتا ہے، بوجہ مصراعات کے پیدائشی نشوہات (malformations)، دہنہ کی پیدائشی تضییق، ریوی مصراعوں کے اکتسابی مرض، یا شریان ریوی کے قاعدہ پر اورطی انوریسما کے دباؤ کے۔ (۲) پھیپھڑوں میں واقع ہوسکتا ہے، بوجہ نفاخ، مزمن شعبی التہاب، تمدد الشعب (bronchiectasis)، اور گاہے بوجہ مزمن سل ریوی کے۔ اور (۳) قلب کے بائیں جانب کے اوّلی مرض کی وجہ سے واقع ہوسکتا ہے، جس سے بایاں اُذین اور ریوی دوران خون محتقن (engorged) ہوکر پھیپھڑوں میں خون کا دباؤ زیادہ ہوجاتا ہے۔

اورطی بازروی اور دیگر بازرو ضررات میں، جیسا کہ بعد میں بیان کیا جائے گا، تعویض ہمیشہ اسطرح واقع ہوتی ہے کہ وہ کہفہ کہ جس میں اور جس سے خون بازرو ہوتا ہے اولی (تعویضی) طور پر متسع ہوجاتا ہے، اور بیش پرورش اتساع کے بعد ثانوی طور پر ہوجاتی ہے۔ اس کو منحرف المرکز (excentric) ہیپر ٹروفی کہتے ہیں، اور یہ اصطلاح اورطی بازروی میں بائیں بطین کے متعلق خاص طور پر استعمال کیجاتی ہے۔

اُذینوں کی بیش پرورش، شاذونادر ہی اتساع کے بغیر واقع ہوتی ہے، لیکن سطرانی ضیق میں بائیں اذین میں بیش پرورش کا غلبہ ہوتا ہے۔ یہ اذینی بطینی مصراعوں کے تضییق یا عدم کفایت سے پیدا ہوتی ہے۔

مرضی تشریح۔ اورطی بازروی (aortic regurgitation) ہی میں بیش پرورش سب سے اعلیٰ درجہ کی ہوجاتی ہے۔ ممکن ہے کہ بطینی دیوار اپنی طبعی دبازت کی نسبت دگنی ہوجائے۔ ایسی صورتوں میں ہمیشہ بطین کا اتساع ساتھ ساتھ موجود ہوتا ہے، اور دوسرے کہفوں میں بھی متناسب تغیرات ہوجاتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قلب کا وزن ۶۰۰ اور ۱۳۰۰ گرام کے درمیان کہیں نہ کہیں ہوتا ہے۔ ایسی مثالوں کو قلب الثور (cor bovinum) کہتے ہیں۔ دائیں بطین کی بیش پرورش میں اس کا راس اپنی حد سے تجاوز کرکے راس قلب میں متداخل ہوتا ہے، اور نمایاں امثالوں میں جب سامنے سے قلب کو

دیکھا جائے تو بایاں بطین بمشکل نظر آتا ہے۔ دایاں بطین دائیں جانب کی طرف بھی اس سے زیادہ آگے تک پھیل جاتا ہے کہ جہاں یہ معمولی طور پر ہوتا ہے۔

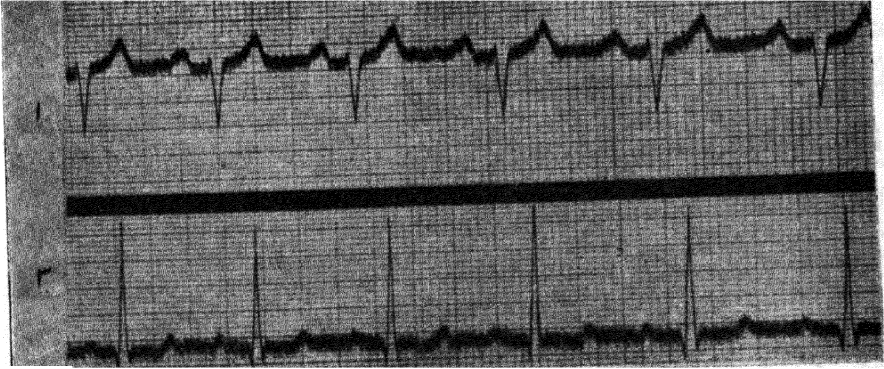
طبیعی امارات - راست و چپ جانبی بیش پرورش کے طبیعی امارات جو کہ عام طور پر مسلم ہیں بسا اوقات زیادہ اعتماد کے قابل نہیں ہوتے۔ وہ حسب ذیل ہیں :-

چپ جانبی بیش پرورش کی حالت میں صدم القلب (impulse) جاشی (heaving) ہوتا ہے اور ایک وسیع رقبہ پر محسوس ہوسکتا ہے، درحقیقت ممکن ہے کہ کلانی یافتہ قلب سینہ کو مستقلاً باہر کو ابھرا ہوا بنا دے۔ جب بائیں بطین کا تعویضی اتساع بھی موجود ہو تو صدم کا محل وقوع طبیعی حالت کی نسبت زیادہ نیچے کو اور باہر کی طرف ہٹا ہوتا ہے، اور پیش قلبی اصمیت (præcordial dulness) تناظر طور پر بائیں طرف کو بڑھی ہوتی ہے۔ ہم مرکز بیش پرورش میں پیش قلبی اصمیت کی زیادتی خفیف ہوتی ہے یا بالکل نہیں ہوتی۔ ممکن ہے کہ کلانی یافتہ قلب پھیپھڑوں کے نفاخ سے بکلی چھپ جائے۔ مستقل طور پر زیادہ بڑھا ہوا خون کا دباؤ ہمیشہ یہ معنے رکھتا ہے کہ بایاں بطین بیش پروردہ (hypertrophied) ہے۔ اسیطرح بیش پرورش ان دیگر اسباب کی موجودگی سے بھی مستنبط کی جاسکتی ہے جو کہ اوپر بیان کئے جاچکے ہیں۔

دائیں بطین کی بیش پرورش کے امارات چپ جانبی بیش پرورش کے امارات سے مماثل ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ثمراسیف (epigastrium) پر ایک انکماشی صدم (systolic impulse) نظر آئے، بچوں اور دبلے پتلے افراد میں جب ہاتھ کو ثمراسیف میں اور بائیں ضلعی حاشیہ کے نیچے رکھکر اوپر کو گھسایا جاتا ہے تو دایاں بطین حقیقتاً اسکے پاس ضرب لگاتا ہوا محسوس ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ ضربتہ الراس (apex beat) بھی کسیقدر بائیں طرف کو منتقل ہوگئی ہو اور پیش قلبی اصمیت بڑھ گئی ہو۔

استماعی امارات پر غور ہوچکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 218)۔

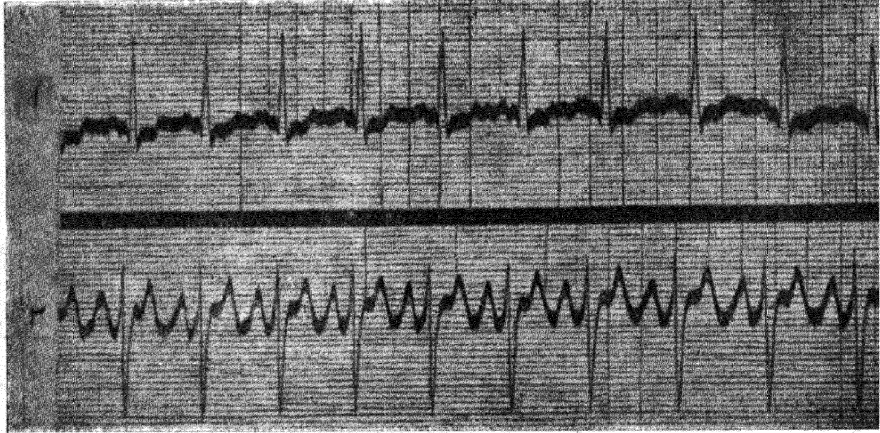
دائیں اور بائیں بطین کی اضافی بیش پروردگی کے متعلق غالباً صحیح ترین معلومات برقی قلب نگار سے حاصل ہوسکتے ہیں (ملاحظہ ہوں اشکال ۴۷ اور ۴۸)۔ راست جانبی غلبہ میں ہم انصراف (S. deflection) پہلی تقوید (Lead I) میں، اور ل انصراف (R. deflection) تیسری تقوید میں بڑھ گئے ہیں، چنانچہ اشکال کے اندر بطینی ملائمیات

(ventricular complexes) "ایک دوسرے کی طرف رُخ کئے ہوئے ہیں" (شکل ۳۷)۔ چپ جانبی غلبہ میں اس کے برعکس حالت ہوتی ہے اور "علامیات ایک دوسرے سے مُنہ پھیرے ہوئے ہیں" (شکل ۳۸)۔ لیوس (Lewis) اور کاٹن (Cotton) نے بیش پرورش کے اس طریقۂ تخمین کی صحت اِس وقت ثابت کردی جب کہ اس نے موت کے بعد قلب کی تقطیع احتیاط کے ساتھ کرکے دائیں بطین کو بائیں بطین سے علیحدہ کرنے کے بعد دونوں کے وزنوں کا مقابلہ کیا۔ طبعی مثالوں میں بائیں بطین اور دائیں بطین کے درمیان تناسب ۱٫۸ بمقابلہ ۱ تھا۔ نمایاں مطرانی تنگی (mitral stenosis) میں وہ ۱٫۲۵

شکل ۳۷۔ مطرانی ضیق (mitral stenosis) کے ایک مریض سے حاصل شدہ راست جانبی غلبہ۔ (جے۔ ایم۔ ایچ کیا میل)۔

250

بمقابلہ ۱ تھا، جس سے دائیں بطین کا غلبہ ظاہر ہوتا ہے۔ اور اورطی مرض میں آٹھ اصابتوں میں چپ جانبی غلبہ تھا، اور سات اصابتوں میں دائیں جانب کی بیش پرورش بھی اُسیقدر نمایاں تھی جسقدر کہ بائیں جانب کی۔ رخنی التہاب گردہ (interstitial nephritis) کے ہمراہ پائی جانے والی بیش پرورش میں عموماً خفیف سا چپ جانبی غلبہ تھا، جسکی نسبت اوسطاً ۲٫۰۷ بمقابلہ ۱ تھی۔

لاشعاعی امتحان سے ممکن ہے کہ ایک زور سے فعل کرتا ہوا بیش پرورد بایاں بطین نظر آئے یا زیریں دائیں حصہ قلب پر ایک نبضان نظر آئے جو کہ ایک بیش پرورد

دائیں بطین کی طرف اشارہ کرتا ہے، لیکن قلبی سایہ کی جسامت اور شکل بیش پرورش اور اتساع کے درمیان امتیاز کرنے کا موقعہ نہیں دیتی۔ اس قسم کے ذرائع سے دریافت ہوا ہے کہ قلب کی جسامت، بیٹھکر کام کرنے والوں کی نسبت پہلوانوں میں زیادہ ہوتی ہے، اور انڈر گریجوئیٹس (undergraduates) کے ایک گروہ میں یہ پایا گیا کہ

شکل ۳۔ اورطی مضیقی اور ارتدادی (aortic stenosis and regurgitation) کے ایک مریض سے حاصل شدہ جیب جانبی خطبہ۔

جب وہ باقاعدہ مشقت آمیز ورزش کے عادی ہو گئے تو اُن کے قلب کی جسامت بڑھ گئی۔ جسامت کی یہ زیادتی غالباً بیش پرورش کے باعث تھی۔

اِتّساع

(dilatation)

بحث اسباب۔ اِتّساع کی اصطلاح کا اطلاق، قلب کے کہفوں کی جسامت کی زیادتی پر کیا جاتا ہے جو دوران انبساط (diastole) میں واقع ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ بعض امراضیاتی حالتوں میں بطین اپنے ما فیہ پر کلی طور پر منقبض نہ ہو سکے، جسکا نتیجہ یہ ہو کہ کچھ پس ماندہ خون (residual blood) باقی رہ جائے، لیکن اِس کے متعلق انسان میں ہم کو یقینی طور پر کچھ بھی نہیں معلوم ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ "قلب کشتی تجہیز"

"heart lung preparation") میں یہ تجربۃً واقع ہو جائے (Starling)۔

امراضیات ۔ اِتساع کی دو قسمیں ہیں ۔ (۱) اورطی اور مطرانی باز روی (aortic and mitral regurgitation) کا تعویضی اتساع (compensatory dilatation)، جو اِس وجہ سے ہوتا ہے کہ قلب کا وہ خاص کوشک خون کی طبعی مقدار کے علاوہ (جو اُس میں کشش سے آتی اور عام دوران خون میں آگے بھیجدی جاتی ہے) باز رفتہ خون کی فاضل مقدار کو بھی اپنے اندر جگہ دے دیتا ہے ۔ یہ حالت اس امر کے متناقض نہیں ہے کہ عضلۂ قلب بالکل تندرست ہو ۔ (۲) پھر وہ اِتساع ہے، جو دباؤ کے باعث بطینی دیواروں کے ڈھیلا ہوجانے کی وجہ سے ہوتا ہے، جس کا فشل تعویض ایک لازمی نتیجہ ہے اور جس کے ساتھ اکثر عضلی قلبی مرض پایا جاتا ہے (جو ملاحظہ ہو) اِسٹارلنگ (Starling) کے تجربات سے مترشح ہوتا ہے کہ اِتساع کی یہ دوسری قسم بھی ایک تعویضی میکانیت ہوسکتی ہے، جو قلب کو زیادہ زور کے ساتھ ضرب لگانے کی قابلیت بخشتی ہے کیونکہ قلب کے عضلی ریشہ کا ارتخا، (relaxation) جتنا زیادہ ہو، ضرب اُتنا ہی زیادہ قوی ہوگی ۔ اِسے "قانونِ قلب" ("Law of the Heart") کہتے ہیں ۔

قلب کا خفیف سا اِتساع عضلی ورزش کے دوران میں طبعی طور پر بھی ہوتا ہے، اور اِس کا اثر یہ ہوتا ہے کہ ہر ضرب کے ساتھ خون کی برآمد زیادہ ہوجاتی ہے لیکن لاشعاعی شہادت کی بناء پر یہ بالکل یقینی ہے کہ ورزش کے فوراً بعد قلب طبعی طور پر سکڑ جاتا ہے اور اس کی جسامت بہ نسبت اس کی سکونی جسامت کے کسیقدر چھوٹی ہوجاتی ہے ۔ اِسکے برعکس، یہ پایا گیا ہے کہ آغاز پذیر فشلِ قلب کی اصابتوں میں قلب عضلی ورزش کے بعد اِتساع ظاہر کرتا ہے ۔

مرضی تشریح ۔ قلب کی جسامت اور شکل پر جو اثرات پیدا ہوتے ہیں وہ کیفۂ متعلقہ کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں ۔ عمومی اتساع میں قلب زیادہ گلو بچہ نما ہوکر عرضاً چوڑا ہوجاتا ہے ۔ متسع بایاں بطین بائیں جانب کی طرف بڑھ جاتا ہے ۔ جب دایاں بطین زیادہ متسع ہوتا ہے تو قلب کی مثلثی شکل جاتی رہتی ہے، وہ زیادہ گلو بچہ نما ہوجاتا ہے، اور راس تمامتر بائیں بطین سے بننے کے بجائے جزءً دائیں سے بھی بنتا ہے ۔ دیواروں کی دبازت کا انحصار اِس پر ہوگا کہ اِتساع کے ساتھ بیش پرورش بھی موجود ہے یا نہیں ۔

اِتساع کے ساتھ دیواروں کا پتلا پن موجود ہو تو بطینی دیواریں گھٹکر ½ انچ کے برابر، اور راس پر اِس سے بھی کم ہو سکتی ہیں، لہٰذا راس عموماً سب سے زیادہ پتلا حصہ ہوتا ہے ۔ اذینی بطینی دہنے اِتساع میں شرکت کرتے ہیں، اور اکثر اِن کے مصراعوں کی عدم کفایت (incompetence) پیدا ہو جاتی ہے ۔ ممکن ہے کہ اذینوں میں بھی بہت زیادہ اِتساع واقع ہو جائے، اور اِس کے ساتھ اکثر اذینی دیواروں کی کسیقدر بیش پرورش موجود ہوتی ہے ۔

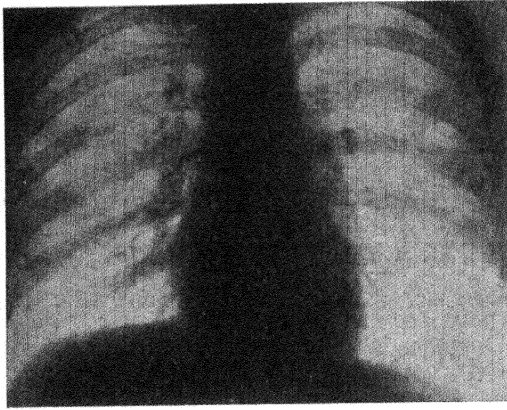
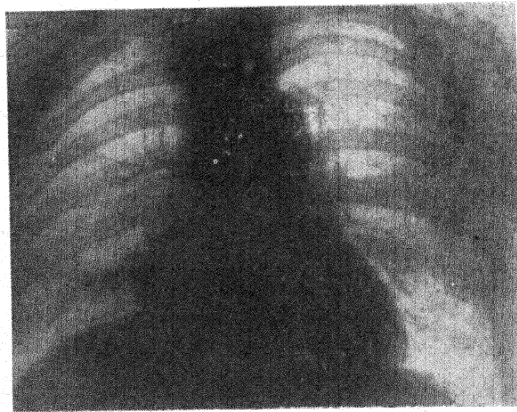
طبیعی امارات ۔ قلب کی بڑھی ہوئی جسامت، [جیسی کہ پیش قلبی اصمیت (præcordial dulness) کی زیادتی سے یا لاشعاعوں سے پیدا شدہ قلبی چھائیں کی کلانی سے ظاہر ہوتی ہے] بیش پرورش، یا اِتساع، یا اِن دونوں کے امتزاج کے باعث ہو سکتی ہے، لیکن اغلب یہی ہے کہ اگر اِن طریقوں سے کوئی بہت بڑی کلانی مشاہدہ میں آئے تو وہ خاصکر اِتساع کے باعث ہوتی ہے ۔ کوئی کلانی جو عظم القص سے دائیں جانب ہو اذینی اِتساع کے باعث ہوتی ہے، کیونکہ اُذینی دیوار، اگرچہ وہ بیش پرورد بھی ہو، تاہم بالکل پتلی ہوتی ہے ۔ اور یہ تقریباً ہمیشہ دائیں اذین کا اِتساع ہوا کرتا ہے لیکن مطرانی مرض کی متعدد اصابتوں میں، جن میں بائیں اذین کی بے انتہا کلانی ہوتی ہے، بائیں اذین نے حقیقتاً قلب کا دایاں کنارا بنا دیا ہے (11)، کیونکہ بایاں اذین ہمیشہ دائیں طرف ہی کلانی یافتہ ہوتا ہے ۔ بین الاضلاع فضاؤں میں قسع اذین پر انگلیاں رکھکر اکثر ضرب قلب کو محسوس کر لینا ممکن ہوتا ہے ۔ ممکن ہے کہ بائیں اذین کا اِتساع مَری پر دباؤ ڈالکر عسر البلع (dysphagia) پیدا کردے، اور بائیں حجابی عصب (phrenic nerve) پر دباؤ ڈالکر بظاہر بائیں حجاب حاجز کا اِسترخا بھی پیدا کردے، جو راقم الحروف نے ایک مریض میں دیکھا ہے ۔ ممکن ہے کہ وہ بائیں شش کے زیریں حصے کو یا بائیں شعبنہ کو دبا کر پچکا دے، یا بائیں جبل الصّوت (vocal cord) کا شلل پیدا کردے ۔ جب مریض لاشعاعی ٹیوب (اُنبوبہ) کی طرف منہ کرکے، اور اپنا دایاں شانہ مشاہد کی طرف رکھکر ترچھی وضع میں کھڑا ہو تو اُس کے بائیں اذین کا مشاہدہ لاشعاعی پردے پر کیا جا سکتا ہے ۔ اگر بیریئم (barium) سے مری کا خاکہ حاصل کیا جائے تو یہ اپنی جگہ سے ہٹی ہوئی نظر آئے گی ۔

بُطینوں کا اِتساع، پیش قلبی اصمیت (præcordial dulness) اور لاشعاعی چھاؤں کی زیادتی عظم القص (sternum) کے بائیں طرف پیدا کردیتا ہے۔ انتہائی اصابتوں میں یہ چھاؤں سینہ کی بائیں دیوار تک پہنچ جاتی ہے، اور مقدم القلب بغل میں محسوس کیا جاسکتا ہے، لیکن ممکن ہے یہ منتشر اور کمزور ہو۔ بائیں بطین کے اتساع کے ساتھ اکثر ایک انکماشی خریر (systolic murmur) موجود ہوتا ہے، جو مطرانی بازروی (mitral regurgitation) کے باعث ہوتا ہے، اسی طرح دائیں بطین کا اتساع اکثر مثلثی بازروی (tricuspid regurgitation) پیدا کردیتا ہے۔

252

تعویض (compensation) کا فشل

فشل تعویض، قلب کی دونوں جانبوں میں بیک وقت ہوتا ہے، یا راست جانبی یا چپ جانبی ہوتا ہے۔ آخر الذکر نسبتہً حال ہی میں دریافت ہوا ہے۔

امراضیات۔ تندرست موضوع پر لاشعاعی مشاہدات کرنے پر یہ ثابت ہوا ہے کہ شہیق کے ختم پر قلب اور پھیپھڑوں میں اس سے زیادہ خون ہوتا ہے کہ جتنا زفیر کے ختم پر، نیز یہ کہ مزمار بند کرکے زوردار شہیق کی کوشش کرنے پر قلب اور پھیپھڑے خون سے محتقن ہوجاتے ہیں [مُلر (Muller) کا تجربہ]، حالانکہ مزمار بند کرکے زوردار زفیر کرنے پر یہ خون سے خالی ہوجاتے ہیں [والسلوا (Valsalva) کا تجربہ] جیسا صفحہ نمبر ۱۳ میں دکھایا گیا ہے۔ ان مشاہدات کی واحد توجیہہ یہ ہے کہ بائیں اور دائیں بطینوں کے درمیان ایک عارضی ناہم آہنگی واقع ہوجاتی ہے۔ طبعی حالات میں، ایک دی ہوئی مدت کے اندر، پھیپھڑوں میں دائیں بطین کی برآمد اور نظامی دوران خون میں بائیں بطین کی برآمد مساوی ہوتی ہیں، اور اگر یہ دونوں برآمدیں مساوی نہ ہوں تو پھیپھڑے خون سے محروم یا محتقن ہوجاتے ہیں۔ والسلوا کے تجربہ میں یہ خون سے محروم ہوجاتے ہیں اور اس کی وجہ یہ ہے کہ دائیں بطین کو پھیپھڑوں کے اندر ایک بلند مثبت دباؤ کے خلاف فعل کرنا پڑتا ہے اور بائیں بطین کے مقابلہ میں اُس کا عارضی طور پر فشل ہوجاتا ہے۔ مُلر کے تجربہ میں دائیں بطین کو منفی دباؤ سے مدد ملتی ہے اور پھیپھڑوں میں اس سے زیادہ خون پمپ (pump) ہوتا ہے کہ جتنا بائیں بطین کے ذریعہ خارج

الف ۔ سینہ طبعی شہیق کے ختم پر۔ (والسلوا کا تجربہ)۔ سانس کو روک کر تسدّد کے خلاف زور دار زفیر کرنے کی انتہائی کوشش کی جاتی ہے۔ نبض کلائی پر محسوس نہیں کی جا سکتی تھی۔ لیکن پردہ پر سایہ ڈالنے پر قلب خفیف حرکات کرتا ہوا دکھائی دیا۔

ب ۔ سینہ طبعی شہیق کے ختم پر۔ سانس کو روک تسدّد کے خلاف شہیق کرنے کی انتہائی کوشش کی جاتی ہے۔ (جی۔ پی کروڈن: G. P. Crowden) کا مشاہدہ جو مجلہ شفاخانہ گائی سے طبع کیا گیا)۔

بالمقابل صفحہ 252

ہو سکتا ہے ۔ یہ احتقان اضافی چپ جانبی فشل ظاہر کرتا ہے ۔

عضلی قلبی انحطاط کے ایک مریض پر ایک مسدود دوری تنفسی آلہ کے ذریعہ مشاہدات کرنے سے یہ ثابت ہوا ہے کہ قلب اور ریوی دَور کا ایسا احتقان، جو کہ حاد چپ جانبی فشل کا نتیجہ تھا، عضلی محنت کی اثناء میں پیدا ہوا اور آرام کے پہلے ایک دو منٹ کے اندر غائب ہو گیا، اور اس صورت حالات کو آکسیجن کے ذریعہ تسکین ہوئی (10)۔ یہ رائے دی گئی ہے کہ اس نوعیت کا حاد چپ جانبی فشل مقابلتہً بہت عام ہے اور اس کے نتیجہ کے طور پر تائیہی فعل (vagal action) کے ذریعہ معکوس طور پر شعبنوں کا تشنج واقع ہوتا ہے، اور انتہائی اصابتوں میں، جبکہ امتلا کے بعد اُذیما واقع ہو جاتا ہے، چھوٹے چھوٹے ہچکی ہانپوں (gasps) سے منقطع ہونے والا امالت پذیر گھنگرو دار زفیر واقع ہوتا ہے ۔ یہ ایک محافظ میکانیہ ہے کیونکہ امالت پذیر زفیر، پھیپھڑوں کے اندر دباؤ کو زیادہ کر دیتا ہے اور اسطرح بیش فعال دائیں بطین کو روکتا ہے، نیز درون ریوی دباؤ کی تخفیف کا نہایت ہی خطرناک عرصہ ممکنہ مدت تک چھوٹا ہو جاتا ہے ۔

مرضی تشریح ۔ چپ جانبی فشل میں پھیپھڑے متاثر ہوتے ہیں ۔ ابتدائی درجوں میں محض پھیپھڑے کے وریدی اصلیات (venous radicles) کی زائد از معمول پُری (fulness) ہوتی ہے ۔ مزید برآں اکثر ہوائی حویصلات اور دقیق شعبی اُنبوبات کے اندر مصل کا عبر ارتشاح (transudation) ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ شش کو تراشنے پر اُس سے زردی مائل یا تقریباً بے رنگ جھاگدار مائع کی ایک مقدار نکلتی ہے ۔ ترقی یافتہ اصابتوں میں شش کے ماؤف ترین حصے ٹھوس، لوچدار، بے ہوا، خون زادلون کی موجودگی کی وجہ سے رنگ میں بھورے، اور یکساں طور پر چکنے ہو جاتے ہیں ۔ اِس حالت کو قلبی شُش (heart-lung) یا بھورا تصلّب (brown induration) کہا جاتا ہے ۔ بھورا تصلّب اور معمولی اُذیما دونوں بالخصوص زیریں لخوص کے قاعدوں کو ماؤف کرتے ہیں ۔ دورانِ خون میں مقامی مداخلت ہونے کی وجہ سے اکثر پلیورائی کہفہ کے اندر سیّال کا کسیقدر عبر ارتشاح (استسقائے صدر =hydrothorax) واقع ہو جاتا ہے، اور شعبی التہاب، ذات الریہ، یا ذات الجنب کی شکل میں شش کے التہابی ضررات کا میلان پیدا ہو جاتا ہے ۔ اِن اثرات میں کوئی اثر ایسا نہیں جو کہ لازماً

دو جانبی ہو۔ ارتشاحات اکثر اس جانب کو متاثر کرنے کا رجحان رکھتے ہیں کہ جدھر مریض لیٹتا ہے۔

راست جانبی فشل میں زیر جلدی بافتوں کا عمومی اُذیما ہوتا ہے، جو کہ استسقائے کلی کہلاتا ہے۔ افقی وضع میں ممتلی شدہ اور استسقائی رقبہ دھڑ میں شروع ہوتا ہے اور خون کے حجم کے ازدیاد کے ساتھ ساتھ محیطی طور پر پھیلنے کا رجحان رکھتا ہے۔ استسقائے زقی اور باریطونی استسقاء بھی موجود ہوتے ہیں۔ استادہ وضع میں دھڑ کی وریدیں، جاذبہ کے اثر کے تحت، مجتمع خون سے کسی حد تک خالی ہو جاتی ہیں جو کہ ٹانگوں کے صَرف سے واقع ہوتا ہے، چنانچہ ٹانگیں ممتلی رقبہ کا جزو بن جاتی ہیں، اور ٹخنے بڑھی ہوئی برآمد کی وجہ سے پھول جاتے ہیں۔ سر اور بالائی حصے، بڑھے ہوئے لمفی انجذاب کی وجہ سے سکڑ جاتے ہیں۔ اسی طرح اگر سر اور بازو نیچے کو لٹکے ہوئے ہوں تو یہ حصے متورم ہو جاتے ہیں اور ٹانگیں سکڑ جاتی ہیں۔ ایک نہایت ہی ترقی یافتہ اصابت میں ممتلی شدہ رقبہ اوپر ٹانگوں میں پھیل جاتا ہے، اور اس طرح دونوں ٹانگیں ساری کی ساری، اور دیوار شکم بے حد متورم ہو جاتے ہیں۔ حقیقت یہ ہے کہ تقریباً تمام جسم کی وریدیں اسطرح متاثر ہو سکتی ہیں۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ جسم یہ طریقہ اس لئے استعمال کرتا ہے کہ وہ اپنے عروق کو کثرت الدم (plethora) سے محفوظ رکھنے کے لئے فاضل سیال کو ذخور رکھے، کیونکہ گردے اپنی امتلائی حالت کی وجہ سے اس کو خارج نہیں کر سکتے (54)۔

253

کبدی وریدیں تحتانی ورید اجوف کے اندر دائیں اذین سے اسقدر قریب وا ہوتی ہیں کہ مرض قلب کا اثر جگر کے دوران خون پر بآسانی سمجھ میں آسکتا ہے۔ جگر بہت بڑا ہو جاتا ہے، اور رنگ میں نسبتہً زیادہ سیاہ ہوتا ہے، اور ترقی یافتہ اصابتوں میں سرخ، زرد، اور سپید دھبوں کا ایک عجیب منظر اختیار کر لیتا ہے، جس پر جوزی جگر (nutmeg liver) کے نام کا اطلاق کیا گیا ہے۔ تراشنے پر ہر لخنک میں ایک بڑھی ہوئی کبدی ورید کی بیخک (rootlet) جاگزیں نظر آتی ہے، جو عرضاً کٹ گئی ہے، اور لخنک کا متصلہ مرکزی منطقہ سیاہ سرخ یا ارغوانی ہوتا ہے۔ اِس سے باہر ایک زرد رنگ کا منطقہ ہے جو اُس کے اندر صفراء محبوس ہونے کی وجہ سے

ایسا ہے۔ لیکن لختک کا بیرونی منطقہ سپید یا رمادی رنگ کا ہے، جو خوردبین کے نیچے
ایسے خلیتوں پر مشتمل نظر آتا ہے جو ترقی یافتہ شحمی انحطاط کی حالت میں ہیں۔
گرد ہے۔ یہ ممتلی ہوتے ہیں، اور اسی وجہ سے نسبتہً بڑے اور سیاہ رنگ کے
لیکن ممکن ہے کہ طویل المدت امتلاء کی وجہ سے لیفی بافت کی کچھ مقدار نمو یاب
ہوجائے، اور وہ اپنی بیقاعدہ توزیع اور انقباض سے سطح کی ذرّاتی حالت
پیدا کردے۔

طحال سخت اور معمول سے زائد سیاہ ہوجاتی ہے، اور اگرچہ اُس کی
جسامت مختلف ہوتی ہے لیکن اکثر وہ چھوٹی ہوتی ہے۔ معدے اور آنت
کا امتلا، طحال کے امتلاء کی طرح، بلاشبہ جگر کے امتلا سے ثانوی طور پر ہوتا ہے
کیونکہ ان احشاء سے ماخوذ وریدیں خود کو بابی ورید (portal vein) کے اندر خالی
کرتی ہیں۔ غشائے مخاطی ممتلی ہوجاتی ہے، اور ممکن ہے کہ موت کے بعد عروق کا بڑ
تمدد، اور بعض اوقات غشائے مخاطی کے جرم کے اندر نزفات نظر آئیں۔

عضلۂ قلب کے امراض

التہابِ عضلۂ قلب

(myocarditis)

التہابِ عضلۂ قلب یا تو حاد ہوسکتا ہے یا مزمن۔ مزمن التہاب
عضلۂ قلب (chronic myocarditis) محض لیفی تغیر کے آخری درجہ میں شناخت
ہوسکتا ہے، اور اُس کا ذکر لیفی انحطاط کے بیان میں شامل ہے (ملاحظہ ہو اگلا صفحہ
حاد التہابِ عضلۂ قلب (acute myocarditis) بیشتر حمّیٰ روماتزمی
کے جزو کے طور پر التہابِ تامور (pericarditis) یا التہابِ درونِ قلب (endocarditis)
کے تعلق میں واقع ہوتا ہے، اور بعد میں بیان کیا جائے گا۔ لیکن عضلۂ قلب کسی بھی
حاد بخار میں ماؤف ہوسکتا ہے، اور خناق وبائی (ملاحظہ ہو) میں علامات سب سے زیادہ ممیز

ہوتے ہیں۔ عضلۂ قلب کا ایک زیادہ مقامی التہاب الکلیلی علقیت اور خبیث التہاب دروں قلبہ (malignant endocarditis) سے پیدا ہو جاتا ہے، جس میں ایک مصراع کا تقرح اُس کے قاعدے تک پھیلکر پھر عضلہ پر حملہ آور ہو جاتا ہے۔ یا جس میں نابتات یعنے روئیدگیاں (vegetations) یا نیم جدا شدہ ریزے فرک یا تماس کے ذریعہ دروں قلبہ کے متصلہ حصوں میں تقرح پیدا کر دیتے ہیں، اور یہ عضلۂ قلب کو ماؤف کر دیتا ہے۔

ایک تیسری قسم تقیحی التہاب عضلۂ قلب (suppurative moyocarditis) ہے، جو خاصکر تقیح الدم کا نتیجہ ہوتا ہے۔ جرم قلب میں چھوٹے چھوٹے پھوڑے ہو جاتے ہیں، جو زیادہ تر بائیں بطین کی دیواروں میں ہوا کرتے ہیں، اور یہ تامور سے اسقدر قریب پہنچ سکتے ہیں کہ اُس کے کہفہ کے اندر پھوٹ کر حاد التہاب تامور پیدا کر سکتے ہیں۔ اِس قسم کا التہاب عضلۂ قلب اکثر حاد التہاب لُبّ عظم (acute osteomyelitis) کے بعد ثانوی طور پر ہوا کرتا ہے اور اِس کا علاج وہی ہوتا ہے جو کہ اولی مرض کا ہے، لیکن انذار تقریباً ہمیشہ یاس انگیز ہوتا ہے۔

انحطاط عضلۂ قلب

انحطاط لونی (pigmentary degeneration)- (**بھورا ذبول قلب** = brown atrophy of the heart)- قلب معمول کی نسبت چھوٹا ہوتا ہے، اور اُس کے عضلی ریشے بجائے کال سُرخ رنگ کے ہونے کے دُھندلا بھورا سا سُرخ رنگ رکھتے ہیں، اور قدرتی حالت کے مقابلہ میں زیادہ نرم اور زیادہ خستہ (friable) ہوتے ہیں۔ خُردبین کے نیچے ریشکوں (fibrillæ) کے اندر متعدد باریک زرد ذرّات نظر آتے ہیں۔ انحطاط لونی شیخوخی (senile) اور ضعفی (cachectic) حالتوں میں واقع ہوتا ہے، اور دوسرے اعضا کے مرض خبیث کی مہلک اصابتوں میں عام ہے۔ 254

شحمی انحطاط (fatty degeneration) عضلی ریشوں کے اِس تغیر کی تفریق چربی کے اُس جماؤ سے کرنی چاہیئے جو قلب کے گرد ہو جاتا ہے۔ آخر الذکر حالت میں تامور کے نیچے معمولی شحمی بافت کا جماؤ ہو جاتا ہے، اور یہ عضلی ریشوں پر اسوجہ سے حملہ آور ہوتی ہے کہ اِن ریشوں کے درمیان کی توصیلی بافت کے خلیئے چربی سے

لدے ہوئے ہوجاتے ہیں - اول الذکر حالت یعنے حقیقی شحمی انحطاط میں عضلی ریشک خورد دقیق شحمی ذرّات کا مسکن ہوجاتے ہیں، جو حقیقی لحمی عناصر (sarcous elements) کی جگہ لے لیتے اور عضلہ کی اتنی ہی انقباض پذیر بافت کو تلف کردیتے ہیں - یہ حقیقی شحمی انحطاط مختلف شکلوں میں واقع ہوتا ہے ؛- ممکن ہے کہ عضلی دیوار یکساں طور پر ماؤف ہوجائے، یا شحمی تغیرات ایک چھوٹی جگہ تک محدود ہوں، یا اس تہ تک جو تامور کے نیچے واقع ہے، جیساکہ التہابِ عضلۂ قلب (myocarditis) میں بیان کیا گیا ہے یا یہ انحطاط قلب کی اندرونی سطح پر دھاریوں اور خطوط کی صورت میں ہو- جب یہ عارضہ عمومی ہوتا ہے تو قلب کا قوام نسبتہً زیادہ نرم ہوجاتا ہے، وہ زیادہ آسانی کے ساتھ دریدہ (lacerated) ہوجاتا ہے، اُس کا رنگ پھیکا گلابی یا زرد ہوتا ہے، اور ماؤف شدہ عضلی بافت کے ڈھیلا پڑجانے کی وجہ سے وہ معمول کی نسبت کسیقدر زیادہ بڑا ہوجاتا ہے - جب چربی خطوط یا دھاریوں کی صورت میں جمتی ہے تو اِس سے ایک ممیز شکل پیدا ہوجاتی ہے، اور پھیکے زرد رنگ کے خطوط نسبتہً زیادہ سیاہ سُرخ عضلہ پر اکثر ایک چت کبری بلی کے نشانات کی طرح مرتب ہوتے ہیں - یہ زیادہ تر عضلات حلیمیہ (musculi papillares) پر، دونوں بطینوں کی پچھلی دیواروں پر، اور دائیں بطین میں فاصل پر دیکھے جاتے ہیں - شحمی انحطاط بیش پرورده قلوب پر عام ہوتا ہے، اور اُسوقت بھی موجود ہوسکتا ہے جبکہ عضلہ طبعی رنگ کا ہو -

بحثِ اسباب - قلب کے شحمی انحطاط کے اسباب عمومی اور مقامی ہوتے ہیں - ممکن ہے یہ انحطاط کے ایک ایسے عام رجحان کا نتیجہ ہو، جیساکہ زیادہ عمر میں واقع ہوا کرتا ہے، اور اِس کے ساتھ اتھیروما (atheroma) یا آتشکی تغیرات کے باعث اکلیلی شرائین (coronary arteries) کا تسدد ہوتا ہے، جس سے دیوارِ قلب کا تغذیہ کم ہوجاتا ہے - اِس کے برعکس شحمی انحطاط متلف عدم دمویت (pernicious anæmia) میں ہمیشہ، اور عدم دمویت کی دوسری قسموں میں اکثر، پرپورا (purpura) اور اِسکروی (scurvy) میں، اور ضعفی حالتوں، جیسے کہ سلِ ریوی اور سرطان میں دیکھا جاتا ہے، نیز فاسفورس، اور بعض معدنی اشیاء (سیسہ، سُرمہ، سنکھیا) کے تسمم میں اور مزمن الکحلیت میں - بیشتر حاد حموی امراض میں، عضلی ریشوں کی

ایک دقیق ذراتی حالت کی وجہ سے، قلب کا قوام متبدل ہوجاتا ہے، اور یہ حالت غالباً شحمی انحطاط سے جداگانہ نہیں۔ تپ معویہ اور ٹائفس (typhus) میں، زرد بخار، خناق وبائی، چیچک اور کسرا میں یہی حالت ہوتی ہے۔ شحمی انحطاط التہابِ عضلۂ قلب (myocorditis) سے بھی پیدا ہوجاتا ہے، اور طویل المدت مصرائی مرض اور گردے کے مرض کے تعلق میں دیکھا جاتا ہے۔

قلب کی شحمی بیش بالیدگی یا دررفتگی، سابق میں یہ ایک جداگانہ مرض کے طور پر بیان کی جاتی تھی۔ اس میں نہ صرف قلب کا بیرون شحم سے لدا ہوا ہوتا ہے، بلکہ شحمی دھاریاں عضلی دیواروں کے اندر گھسی ہوئی نظر آتی ہیں۔ یہ فربہی کی امتیازی خصوصیت ہے اور اِسی عنوان کے تحت بیان کی گئی ہے۔

لیفی انحطاط (fibroid degeneration)۔ انحطاط کی اِس قسم میں قلب کی جگہ سپید لیفی یا توصیلی بافت لے لیتی ہے۔ بیشتر مثالوں میں یہ تغیر جزئی ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ عضلی جرم کی گہرائی میں سپید، زردی مائل سپید، یا بھورے رنگ کی دھاریاں اور چکتیاں نظر آتی ہیں۔ یہ بطین کے زیریں ایک ثلث، فاصل کے زیریں ایک ثلث، عضلاتِ حلیمیہ، اور بعض اوقات مرضی مصراعات کے قاعدوں کو ماؤف کرتا ہے۔ صرف کبھی کبھی ایسا ہوتا ہے کہ بطین تقریباً تمام تر لیفی ساخت میں مُبتدل ہوجاتا ہے، لیکن ایسی صورت میں بھی خُردبینی امتحان کرنے پر عضلی ریشہ کے کچھ آثار نظر آجاتے ہیں۔ لیفی مرض میں مبتلا شدہ قلب عموماً بیش پروردہ ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ متسع بھی ہو، یا منضم تامور (adherent pericardium) رکھتا ہو۔ دیوارِ قلب کا ماؤف شدہ حصہ اکثر معمول سے زیادہ پتلا ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ وہ باہر کو اُبھر کر ایسا نکلا ہوا ہو کہ ایک نمایاں انورسما بنادے۔

بحث اسباب۔ لیفی انحطاط اکثر روماتزمی التہابِ عضلۂ قلب (rheumatic myocarditis) کا نتیجہ ہوتا ہے، اور زیادہ نمایاں اصابتوں میں اس کے ساتھ تاموری (pericardial) یا دروں قلبی (endocardial) ضرراست کی موجودگی بعض اوقات اُس کے التہابی مبدا کو ظاہر کردیگی (مزمن التہابِ عضلۂ قلب = chronic myocarditis، رخنکی التہابِ عضلۂ قلب = interstitial

(myocarditis)۔اِس کے برعکس تلیّف قلب(fibrosis of the heart) اکثر اکلیلی شرائین کی مسدودی کے بھی باعث ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ شحمی انحطاط کے ساتھ متلازم ہو۔اِن حالات میں خون کی رسد فاعلی عضلہ کے تغذیہ کے لئے ناکافی ہوتی ہے آخرالذکر عضلہ مذبول ہوکر اُس کی جگہ شحمی یا لیفی بافت لے لیتی ہے ۔اگر اکلیلی شرائین کی مسدودی خاصی تیزی کے ساتھ واقع ہوجاتی ہے تو شحمی انحطاط پیدا ہوجاتا ہے لیکن اگر مسدودی زیادہ مزمن ہو تو لیفی تغیر کا غلبہ ہوتا ہے ۔قلب میں تلیف اکلیلی علقیت یا افعام (infarct) کا ایک ثانوی نتیجہ بھی ہوسکتا ہے۔ نیز وہ عموماً مزمن شعبی التہاب نفاخ (chronic bronchitis)، مرض برائٹ، اور شریانی صلابت (arterio-sclerosis) کے ساتھ متلازم ہوتا ہے ۔لیفی انحطاط الکحلیت یا طویل المدت اِمتلاء (congestion) کی وجہ سے ہوسکتا ہے۔

آتشک ۔اِس مرض کے ضررات التہاب شریانی (arteritis) لیفی ندبات (آتشکی التہاب عضلۂ قلب=syphilitic myocarditis)، لیفی تودوں، یا واضح صمغیہ (gumma) کے طور پر واقع ہوتے ہیں ۔ممکن ہے کہ یہ صمغیہ جُبنی (cheesy) ہو، اور یہاں تک ممکن ہے کہ مرکز میں نرم ہورہا ہو، اور قلب کے عضلی جرم کو اُسی طرح ماؤف کرے جس طرح کہ اِرادی عضلات کو اور آس پاس کسیقدر التہاب پیدا کرے۔ صمغیہ (gumma) عموماً بطینوں کی دیواروں میں واقع ہوتا ہے۔ ماسوائے اُن علامات کے جو عضلۂ قلب کے انحطاط کے عنوان کے تحت بیان ہوچکے ہیں، وہ اور کوئی ممیز علامات نہیں پیدا کرتا ۔بعض اوقات اذینی بطینی بنڈل (A. V.-bundle) ماؤف ہوکر علائمیہ ایڈمز اِسٹوکس (Adams-Stokes' syndrome) پیدا کردیتا ہے ۔

تدرّن (tubercle)۔ التہابِ تامور کے تعلق میں دَرنوں کا بننا شاذ نہیں۔ جب ایسا ہوتا ہے تو وہ سپیدی مائل رمادی، یا زردی مائل اَرنکات (granulations) کے طور پر، بیشتر تاموری کہفہ کی تہوں کو جوڑنے والے تاموری لمف یا غشائے کاذب کے جرم میں، یا بعض اوقات حقیقۃ حشائی تامور (visceral pericardium) کی تہ کے نیچے پائے جاتے ہیں ۔ وہ عمومی تدرّن کے دوران میں واقع ہوسکتے ہیں، اور ممکن ہے کہ دوسری جگہ ترقی یافتہ ثانوی تدرّن موجود ہو ۔ان حالات میں تشخیص صرف التہاب تامور

پیدا ہو جانے سے ہو سکتی ہے، لیکن یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ اس کے علاوہ ایک التہاب تامور، جو تدرنی نہیں ہوتا، سلِ ریوی کے دوران میں پیدا ہو سکتا ہے۔ ذرنہ کے جدا جدا جماؤ (isolated deposits) نہایت شاذ ہیں۔

انحطاطِ عضلۂ قلب کے علامات - ابتدائی اصابتوں میں مریض محنت پر سانس کے پھول جانے کی شکایت کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ پیش قلبی درد موجود ہو، جو ورزش کے بعد معلوم ہو، یا واضح ذبحی حملے (anginal attacks) ہوں۔ ممکن ہے کہ مریض دماغی حملوں (cerebral attacks) میں مبتلا ہو جائیں، جن کے ساتھ بے ہوشی اور تشنجات ہوں لیکن یہ حملے غالباً قلبی میکانیت کی کسی ایسی غیر طبعی حالت کے باعث ہوتے ہیں، جیسے کہ قلبی مسدودی (heart-block)، یا عصبِ تائیہ کا ہیجان (vagal stimulation)۔ اشتہا ہمیشہ کم ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ مریض سوءِ ہضم کی شکایت کرے۔ بعض اوقات صرف انھیں علامات کی شکایت ہوتی ہے، اور دریافت کرنے پر محنت کرنے پر سانس پھولنے کی سرگذشت سے پتہ چلتا ہے کہ معدی علامات کا اوّلی سبب قلب ہے۔

طبیعی امارات جو عضلۂ قلب کے انحطاط سے منسوب کئے جاتے ہیں یہ ہیں:۔

کمزور صَدمِ القلب، جس کے ساتھ قلب کی پہلی آواز دھیمی ہوتی ہے، جو ممکن ہے کہ اُورطی رقبہ پر دوسری آواز کی شدت کے برابر یا اُس کی نسبت کم ہو جائے۔ شدتِ آواز کی اس کمی کی وجہ سے مسماع الصدر کے ذریعہ امتحان کرنے پر آوازیں ٹِک ٹِک نوعیت کی (tic-tac character) ہو جاتی ہیں اور ان کی یہ نوعیت انبساطی وقفہ کے اضافی قصر سے اور بھی زیادہ نمایاں ہو جاتی ہے کیونکہ وہ آوازوں کو زیادہ مساوی الفصل (more evenly spaced) بنا دیتا ہے۔ قلب متسع پایا جاتا ہے۔

حال ہی میں عضلۂ قلب کے تغیرات ظاہر کرنے والے مریضوں کے ایک گروہ میں علامات (symptomatology) کا نہایت غور و فکر کے ساتھ مطالعہ کیا گیا ہے (12)۔ یہ اصابتیں نہایت عام طور پر پائی جاتی ہیں۔ مریض زیادہ عمر والے ہوتے ہیں۔ اُنھیں سانس پھولنے کی شکایت ہوتی ہے، جو ابتداءً محنت کرنے پر پیدا ہوتی ہے لیکن بعد میں وہ کم و بیش مستقل طور پر تنہور (dyspnœic) ہو جاتے ہیں۔ بعض مریضوں میں چین اِسٹوکس کا تنفس (Cheyne-Stokes breathing) ہوتا ہے، اور بعض دوسرے

مریضوں میں بے انتہا گستہ نفسی کے ناگہانی حملے ہوجاتے ہیں، جو خاص کر رات کے
وقت ہوتے ہیں، اور جو ایک اصطلاح قلبی دمہ (cardiac asthma) کے نام سے
بیان کئے جا سکتے ہیں۔ دوری بُہر کے یہ حملے بسا اوقات ایک کسیقدر بے قاعدہ
چین اسٹوکس تنفس کی بُہری ہیئت ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ انتصابی تنفس (orthopnœa)
موجود ہو یا نہو۔ زراق ممتاز طور پر غیر موجود ہوتا ہے، اور اگر موجود ہو بھی تو اُس کی مقدار
اتنی نہیں ہوتی کہ جو بُہر کی توجیہ کے لئے کافی سمجھی جائے۔ قلب کی شرح عموماً زیادہ ہوجاتی
ہے۔ ممکن ہے کہ ضرب کی میکانیت طبعی ہو، لیکن عام بیقاعدگیاں، جیسی کہ وہ جو قلبی
مسدودی، اذینی ریشکی انقباض (auricular fibrillation)، متنزاد انکماشات،
اور تبادل (alternation) کی وجہ سے ہوتی ہیں، موجود ہوسکتی ہیں۔ قلب جسامت
میں زیادہ ہوجاتا ہے۔ خریرات (murmurs) موجود ہوسکتے ہیں۔ جسمانی تپش درجۂ طبعی
سے نیچے (subnormal) ہونے کا رجحان رکھتی ہے۔ فشلِ قلب کے ترقی یافتہ امارات
جیسے کہ استسقائے کلی (anasarca)، پھیپھڑوں اور جگر کا امتلاء، موجود ہوسکتے ہیں۔
خون میں یوریا (urea) کا کسیقدر احتباس (retention) ہوتا ہے، لیکن اُس کی
قدریں (values) انتہائی نہیں ہوتیں، یعنے زیادہ سے زیادہ ۰٫۱ فیصدی اور عموماً
۰٫۰۵ فیصدی (طبعی قدر ۰٫۰۳ ہوتی ہے)۔ آلبیومین بولیت معہ سانچے (casts)
کے موجود ہوسکتی ہے، اور تا وقتیکہ وریدی رکود (venous stasis) کے امارات موجود
نہوں، قارورہ حجم میں زیادہ ہوجاتا ہے۔ امتحان بعد الممات ظاہر کرتا ہے کہ قلب کی
ترقی یافتہ اکلیلی صلابت (coronary sclerosis) موجود ہے، اور ممکن ہے کہ شحمی انحطاط
بھی موجود ہو۔ گُردے عروق کی دبازت اور کسیقدر تلیف (fibrosis) ظاہر کرتے
ہیں، جو اکثر ایک چکتی دار نوعیت کا ہوتا ہے۔ گوئیکیں (glomeruli) اکثر ممتلی اور
بعض زجاجی ہوتی ہیں، لیکن گوئیکوں کا وسیع انطماس نہیں ہوتا جیسا کہ مزمن زمنکی التہابِ گردہ
میں اسوقت ہوتا ہے جبکہ مریض تسمم بولی (uræmia) سے مرگیا ہو۔ بعض اوقات
ان مریضوں کو قلبی کلوی اصابتوں (cardio-renal cases) کے نام سے بیان کیا جاتا
ہے، لیکن یہ صاف معلوم ہوتا ہے کہ اگرچہ گُردے ہمیشہ کچھ تغیرات ظاہر کرتے ہیں،
اور شیخوخی شریانی صلابتی گُردے (senile arteriosclerotic kidneys) کہلاتے

256

ہیں، تاہم یہ مرض کا اہم سبب نہیں ہوتے - احتباس بوریا ' ۲۰۰ یا ۳۰۰ فیصدی کے کامل تسمم بولی حد تک کبھی نہیں پہنچتا - لہذا ان کو یہی کہنا بہترین ہے کہ یہ انحطاط عضلۂ قلب کی اصابتیں ہیں جو کہ قلبی دمہ یا دوری بہر پیدا کرتی ہیں -

جمہور مثالوں میں شریانی خون کے اندر CO_2 زیادہ ہو جاتی ہے' اور ممکن ہے کہ شریانی خون کا آکسیجنی مافیہ کم ہو جائے - اسی واسطے یہ رائے ظاہر کی گئی ہے کہ بُہر' جو ممکن ہے کہ انتہائی درجہ کا ہو' عصبی تشنج سے پیدا ہو جاتا ہے (14) - اس رائے کی بنا پر اس قسم کی اصابت کے لئے دمہ (asthma) کی اصطلاح استعمال کی جا سکتی ہے - لیکن خالص قلبی بُہر، مثلاً مطرانی ضیق (mitral stenosis) میں زیادتی تنفس کی وجہ سے CO_2 کم ہو جاتی ہے (41) 'اگرچہ بعض اصابتوں میں CO_2 قدرے بڑھی ہوئی اور آکسیجن گھٹی ہوئی ہوتی ہے اور اس کی وجہ ریوی امتلا ہے جو کہ پھیپھڑوں میں گیسوں کے باہمی تبادلہ میں مزاحم ہوتا ہے - حالیہ تجربی شہادت ظاہر کرتی ہے کہ دورہ' کم از کم بعض اصابتوں میں' اس وجہ سے ہوتا ہے کہ بائیں بطین کے اضافی فشل سے ریوی امتلا اور تہیج واقع ہو جاتا ہے (13) -

علاج پر صفحہ 276 پر غور کیا گیا ہے -

انشقاقِ قلب

(rupture of the heart)

یہ تضرر کے علاوہ زیادہ تر شحمی انحطاط یا لیفی تغیرات کا نتیجہ ہوتا ہے - ممکن ہے کہ اکلیلی علقیت (coronary thrombosis) جو کہ عضلۂ قلب میں نزف کا باعث ہو کر قلب کی دیوار کا کچھ حصہ تلف کر دیتی ہے موجود ہو - اصابتوں کے ایک نہایت قلیل تناسب میں ایک پھوڑا ' خبیث التہابِ دروں قلب (malignant endocarditis) یا اینورزم اس کا سبب ہوتا ہے - یہ بوڑھے آدمیوں میں ہوتا ہے' اور علی العموم عضلی محنت کے بعد ہوا کرتا ہے - درج شدہ اصابتوں میں سے تین چوتھائی میں مقام انشقاق بایاں بطین تھا - مریض پر یکایک دردِ قلب کا حملہ ہو جاتا ہے' جس کے بعد جلد ہی شحوب (pallor)' بے ہوشی' چند تشنجی جھٹکے (convulsive twitchings) ہو کر موت واقع

ہو جاتی ہے۔ شاذ اصابتوں میں کچھ گھنٹوں بلکہ دنوں تک زندگی قائم رہی ہے، جس کے ساتھ شحوب (pallor)، ٹھنڈے پسینے، کمزور نبض، اور تنفس آہ کے طور پر (sighing) ہوتا ہے۔

قلب کا انورسما

قلب کے انورسمے حاد یا مزمن ہو سکتے ہیں۔

حاد انورسمے دیوار بطین کے تقرحی التہاب دروں قلبہ (ulcerative endocarditis) کی وجہ سے اس طرح پیدا ہو جاتے ہیں، کہ جس طرح خبیث التہابِ دروں قلبہ (malignant endocarditis) کے تحت بیان کیا جائے گا، اور یہ فاصل کے جزوِ غشائی (pars membranacea septi) یا فضائے غیر محفوظ، نیز مصراعات کے انورسما کا کسیقدر اکثر الوقوع سبب ہے۔ جزو غشائی کے انورسما بعض اوقات پیدائشی ہوتے ہیں۔ تمام صورتوں میں تاچۂ انورسمائی بائیں بطین کیطرف کھلتا ہے۔ یہ حالت دورانِ زندگی میں شناخت کے قابل نہیں۔

قلب کے مزمن انورسمے عموماً لیفی انحطاط کے سلسلہ میں پیدا ہو جاتے ہیں۔ ماؤف شدہ کہفہ، اپنے عضلی ریشے کے لیفی بافت میں یوں تبدیل ہو جانے کی وجہ سے ایک مقام پر کمزور پڑ جاتا ہے، اور خون کے دباؤ سے تمسع ہو کر ایک تاچہ بن جاتا ہے۔ بایاں بطین انورسماؤں کا عام محل وقوع ہے، اور دوسرے تین کہفوں کے انورسماؤں کی صرف چند ہی مثالوں کا اندراج ہوا ہے۔ تین اصابتوں میں سے دو میں یہ راس پر واقع ہوتے ہیں۔ یہ گول تاچے بنا دیتے ہیں، ممکن ہے ان تاچوں اور بطین کے درمیان کا راستہ اُسی جسامت کا ہو جو خود تاچہ کی ہے، یا ممکن ہے کہ یہ راستہ نسبتہً بہت چھوٹا ہو۔ جب یہ راس پر پیدا ہو جاتے ہیں تو اول الذکر قسم زیادہ اکثر الوقوع ہوتی ہے، یعنے یہ کہ انورسما کہفۂ بطین کے ساتھ مسلسل ہوتا ہے۔ آخر الذکر قسم، جو زیادہ تاچکدار (sacculated) ہوتی ہے، زیادہ اکثر بطین کے پہلو پر یا قاعدے میں واقع ہوتی ہے۔ جسامت میں اِن کا مقابلہ خشک سپاریوں (nuts)، مرغی کے انڈوں، یا چھوٹے سنگتروں سے کیا گیا ہے۔ چند اِس سے بہت زیادہ بڑے پائے گئے ہیں۔ اِنکی

دیواریں عموماً بہت پتلی اور بعض اوقات کلسی مادّے سے درریختہ ہوتی ہیں۔ اِن میں دروں قلبیہ کا استر ہوتا ہے، اور اِن کے اندر بیشتر فائبرینی رُوبہ (fibrinous coagulum) موجود ہوتا ہے۔ یہ بارہ سال کی عمر سے اوپر ہر عمر میں پائے گئے ہیں، اور عورتوں کی نسبت مردوں میں زیادہ تر۔ شاذ موقعوں پر اکلیلی شریانیں کے انورسمے بھی ملے ہیں۔ یہ غالباً ایک سداد (embolus) کے پیچھے شریان کے نرم ہوجانے اور پھر نتیجۃً اُس کی کلانی واقع ہوجانے سے پیدا ہوجاتے ہیں (15)۔

علامات اگر موجود ہوں تو اُن اصابتوں میں جہاں انورسما عضلۂ قلب کے انحطاط کے بعد ثانوی طور پر واقع ہوا ہو، اِسی انحطاط کے ہوتے ہیں۔ لاشعاعی امتحان تشخیص کا ایک مفید ذریعہ ہے۔ اصابتوں کے نہایت بڑے تناسب میں تامور کے اندر انورسما کا دفعتہً انشقاق ہوجانے سے موت واقع ہوگئی ہے۔

نو بالیدگیاں اور طفیلیات

نومایہ (neoplasm)۔ قلب پر اِس کا حملہ مختلف شکلوں میں ہوتا ہے، بالخصوص لمفی سلعہ (lymphoma)، لحمی سلعہ (sarcoma) اور میلانینی (melanotic) سرطانی سلعہ کی صورت میں۔ اکثر اوقات واسطی غدد کے لحمی سلعہ یا لمفی سلعہ کے نتیجہ کے طور پر قلب ماؤف ہوجاتا ہے، ایسی صورت میں یہ سلعہ براہ اُوردہ پھیل کر اذینوں پر حملہ آور ہوتا ہے، اور تامور کے نیچے گرہکی ارتفاعات کے طور پر نمایاں ہوجاتا ہے۔ بعض اوقات یہ سلسلہ جسم کے کسی دوسرے حصّے میں ایسی ہی بالیدگی کا ثانوی نتیجہ ہوتا ہے۔ قلب میں ایک منفرد اوّلی جماؤ کا ہونا نہایت شاذ ہے۔ ایک اصابت میں، جس میں سلعہ دائیں بطین اور ریوی فتحہ پر حملہ آور ہوکر اُن کو جزءً مطموس کرچکا تھا، مسلسل شدید زراق موجود تھا، جس کے ساتھ سرخ خلیتوں کی زیادتی نہ تھی، [چنانچہ کثرت خلیات احمر (polycythæmia rubra) خارج از بحث تھی]، اور سلف ہیموگلوبن دمویت (sulphæmo-globinæmia) کی بھی کوئی شہادت موجود نہ تھی، لیکن اکثر اوقات ایسے علامات جو اِس حالت کے ممیز ہوں نہیں موجود ہوتے۔ بعض اصابتوں میں اِس کا استنباط محض ایک دروں صدری بالیدگی کی موجودگی پر سے

کیا جا سکا۔ والشے (Walshe) ایک مریض کی حالت کا اندراج کرتا ہے جس میں دائیں اذین کی اگلی دیوار کے سرطان میں مبتدّل ہو جانے کے باوجود ایسی کوئی سریریاتی شہادت موجود نہ تھی جو قلب کی طرف اشارہ کرے۔

طفیلیات ۔ کبھی کبھی جرم قلب کے اندر کیسیی دویرے (hydatid cysts) نمویاب ہو کر اپنی بالیدگی کے دوران میں یا تو تامور کی سمت میں یا کسی ایک کہفہ کے اندر اُبھر آتے ہیں۔ یہ دویرے منفرد ہوتے ہیں یا ممکن ہے کہ اِن کے اندر دختر دویرات (daughter-vesicles) موجود ہوں۔ قلب پر اُن کے اثر کا انحصار بلاشبہ اس امر پر ہے کہ وہ بڑھ کر کتنی جسامت اختیار کر لیتے ہیں۔

خنزیری فیتیہ (tænia solium) کا انباں ذنبیہ (cysticercus) بھی بعض اوقات قلب کی دیواروں میں پایا جاتا ہے۔

حمیٰ روماتزمی

(RHEUMATIC FEVER)

حاد اور تحت الحاد روماتزم

(acute and subacute rheumatism)

تپ روماتزمی ایک حموی مرض ہے، جس میں یا تو مفاصل کا، یا قلب اور اُس کی جھلیوں کا، یا ان دونوں قسم کے مقامات کا ایک ساتھ حاد التہاب واقع ہو جاتا ہے[1]۔ روماتزمی عوارض جو حاد اور تحت الحاد روماتزم اور زفن (chorea) پر مشتمل ہیں، بوجہ اُس تضرر کے جو اُن سے قلب کو پہنچ جاتا ہے، بچوں کے لئے

---

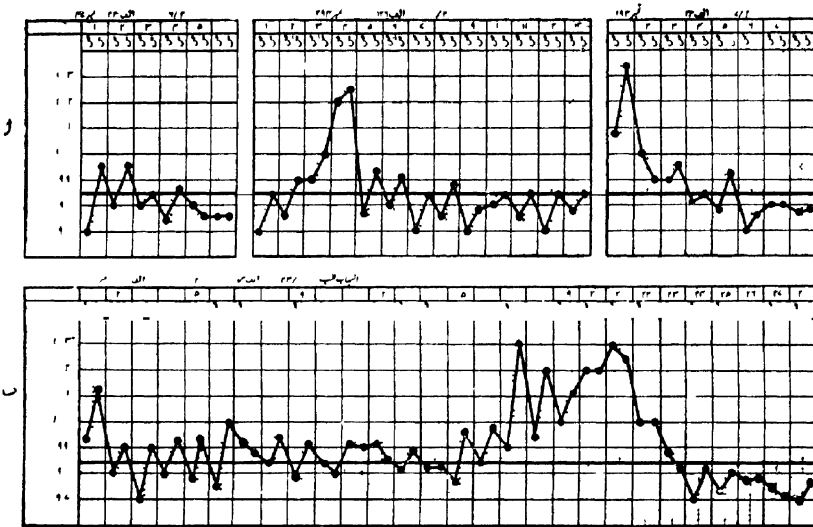
[1] ۔ روماتزم اور روماتیک کے الفاظ ایک یونانی لفظ آرسے ماخوذ ہیں جسکے معنی بہاؤ کے ہیں، اور جو ایک دوسرے یونانی لفظ کتھار (نازلہ) سے تعلق رکھتا ہے۔ روماتیکس بخار یا حاد روماتزم کو اُن "مزمن روماتیک امراض" سے تمیز کرنا چاہیئے جو کہ بعد میں بیان کی گئی ہیں۔

نہایت شدید خطرہ کا باعث ہوتے ہیں۔

بحث اسباب - یہ مرض دونوں صنفوں میں اور تقریباً ہر عمر میں ہوتا ہے، لیکن پچاس سال کی عمر کے بعد اور شیر خواروں میں نہایت شاذ ہوتا ہے۔ یہ مرفہ حال اشخاص میں نادر الوقوع ہے، اور نہایت مفلوک الحال اشخاص کو بھی غیر متاثر رکھنے کا رجحان رکھتا ہے۔ یہ آبرو دار کاریگروں کی جماعت، چٹھی رسانوں، ریل کے ملازموں وغیرہ میں عام ترین ہے۔ یہ ایک ماحولی (environmental) مرض ہے نہ کہ موروثی، کیونکہ جب اُن کے بچوں کی تشذید (segregation) مدارس صنعت و حرفت میں کر دی جاتی ہے تو اُن پر اِس کا حملہ نہیں ہوتا، اگرچہ بورڈنگ اسکولوں وغیرہ میں وبائیں دیکھی گئی ہیں (49)۔ ماحولی عوامل میں سے سب سے زیادہ شک غذا پر پڑتا ہے، اور چونکہ غریبوں کی غذا میں حیوانی شحمیں نمایاں طور پر مفقود ہوتی ہیں، لہٰذا اس سے حیاتین الف اور د کی قلت مستنبط ہوتی ہے۔ اس بنا پر حاد روماتزم کساحت (rickets) کے ساتھ مماثلت رکھتا ہے، چنانچہ اول الذکر مرض تقریباً اس عمر میں شروع ہوتا ہے کہ جس میں کساحت ختم ہو جاتی ہے (48)۔ پھر بعض تازہ تحقیقاتیں سردی اور نمی کی طرف اشارہ کرتی ہیں، اور سرمائی مہینوں میں اِس مرض کا ورود عام ترین ہے۔ ممکن ہے کہ وہ حرارت جو نہایت غریب اور نادار اشخاص میں اثر دعام سے پیدا ہو جاتی ہے اِن عوامل کو بے اثر کر دے۔ مدارین میں حاد روماتزم شاذ ہے۔ چونکہ یہ مرض عموماً براہِ حلق داخل ہوتا ہے، یہ پایا جانا تعجب خیز نہیں کہ یہ حمّیٰ قرمزیہ (scarlet fever) کے بعد عام ہے۔

امراضیات - اِس بیان کی بہت کچھ تائید کی جا سکتی ہے کہ روماتزمی تپ کا سبب مائل ایک خون پاش نبقہ سبحیہ ہے۔ یہ ایسی رائے ہے جس کا منبع پائنٹن (Poynton) اور پین (Payne) کا کیا ہوا کام ہے۔ کبھی کبھی نبقاتِ سبحیہ تحت الجلدی گرہوں سے، رقص (chorea) کی مہلک اصابتوں میں دماغی نخاعی سیّال سے، اور خون سے علیحدہ کئے گئے ہیں۔ حال ہی میں غیر معمولی خصائص کے نبقاتِ سبحیہ کی طرف توجہ مبذول ہوئی ہے، جو حاد روماتزم اور کوریا میں حلق سے علیحدہ کئے گئے ہیں۔ اِن کو قلبی مفصلی التہابی نبقاتِ سبحیہ (streptococcus cardioarthritidis) کا نام دیا گیا ہے۔ اِن اصابتوں کی نہایت غالب تعداد میں مفصلی سیّال اور خون کا کاشت

258

کرنے پر عقیم پائے جاتے ہیں، چنانچہ اِسی وجہ سے زمانۂ ماضی میں اِس مرض کے جرثومیائی مبداء کے متعلق بے اعتمادی تھی - خون پاش نبقۂ سبحیہ اور حاد روماتزم کے درمیان قریبی رشتہ ہونے کا ایک زیادہ اہم ثبوت، ہسپتالوں اور اسکولوں میں متعدی سوزش حلق کے عواقب (sequelæ) کے مطالعہ سے حاصل ہوتا ہے - اگر سبب عامل ایک خون پاش نبقۂ سبحیہ ہی ہو، اور دوسرے عضویات مثلاً نبقۂ عنبیۂ خرد ندقہ، مانزلتی وغیرہ نہ ہوں، تو مریضوں کو ۷ سے لیکر ۲۱ دن تک کی مدت کے بعد حاد روماتزم ہوجاتا

شکل ۳۹ - تین لڑکوں کے نقشے کہ جن کو خون پاش نبقۂ سبحیہ کی وجہ سے سوزش حلق تھی - ب نقشہ ایک لڑکے کا ہے، اس کو بھی نبقۂ سبحیہ کی وجہ سے سوزش حلق تھی، اور بعد میں نبقی سبحی التہاب شعبی پیدا ہوگیا - ایک خاموش وقفہ کے بعد پندرھویں دن حاد روماتزم نمودار ہوگیا (ڈبلیو - ایچ - بریڈلے W. H. Bradley کے مریضوں سے) -

ہے - اتنی مدت گویا "خاموش وقفہ" ہے (47)، کہ جس میں علامات رجعت قہقری کرتی ہیں، اگرچہ، جیسا کہ شکل ۳۹ سے ظاہر ہے، تپش ہمیشہ بالکل طبعی لیول تک نہیں آتی -

259 ابتدائی سوزش حلق کے وقت، جو کہ نقشہ میں پہلے دن دکھائی گئی ہے، نبقہ سبحیہ جوئے خون میں داخل نہیں ہوا، اور ۱۴ ویں دن جب کہ حاد روماتزم شروع ہوتا ہے نبقہ سبحیہ حلق سے غائب ہو گیا ہے، اگرچہ التہابِ گرد قلبہ کی مہلک اصابتوں میں یہ طحال اور گرد قلبی لمفی غدد سے کاشت کیا گیا ہے (50)۔ واقعات کی یہ ترتیب زمانی اس نظریہ کے مطابق ہے کہ حاد روماتزم ایک حاد حساسیتی منظر ہے جو کہ ابتدائی نبقی سبحی حملہ کے دوران میں "حساس گری" کا نتیجہ ہے۔ لیکن ایک اور استدلال جو کیا جا سکتا ہے یہ ہے کہ خون پاش نبقہ سبحیہ بطور خود حاد روماتزم کا اولی سبب نہیں ہے، بلکہ یہ ایک ثانوی حملہ آور، مثلاً ایک ماورائے خردبینی قشب کے ادخال کو سہل بناتا ہے، اور وہی مرض کا براہ راست سبب ہے۔ حال میں اس کی شہادت حاصل ہوئی ہے۔

مرضی تشریح۔ روماتزمی تپ کے خاص ساختی تغیرات التہابِ قلب (carditis)، کثیر مفصلی التہاب (polyarthritis)، زفن (chorea) اور تحت الجلدی گرہکیں ہیں۔ ان تمام مثالوں میں ردّ عمل دراصل ایک ہی جیسا ہوتا ہے، یعنے ایک التہابی گرہ بنجاتی ہے، گو اس کے منظر کا انحصار مقام ماؤف کی نوعیت پر ہوتا ہے۔ اس ردعمل کا مطالعہ قلب میں نہایت آسانی سے کیا جا سکتا ہے۔

عضلۂ قلب کا التہاب حاد (acute myocarditis)۔ اوّلین تغیر ایک شریانک میں واقع ہوتا ہے۔ ایک نقطہ پر استر کار (lining) خلیے پھول کر تعداد میں بڑھ جاتے اور تیز التہاب کا مرکز بنجاتے ہیں، جس کے ساتھ گول خلیوں کی درریزش (round cell infiltration) ہوتی ہے، جو خاصکر کثیر الاشکال (polymorphs) ہوتے ہیں۔ یہ شریانک تھکے کے باعث سربمہر ہو کر تلف ہو جاتی ہے۔ ازاں بعد گول خلیوں کی درریزش غائب ہو جاتی ہے اور بالآخر ہمیں فائبرین کے پس منظر میں بڑے کثیر نواتی خلیوں کا ایک گروہ مفروش ملتا ہے، جو آشاف کی گرہ (Aschoff's node) بناتا ہے۔ یہ خلیے لیفی ناصف (fibroblast) ہوتے ہیں اور بعد میں متغیر ہو کر معمولی لیفی بافت بنجاتے ہیں، جس سے ایک مستقل لیکن غیر ممتاز ندبہ (scar) بنجاتا ہے۔ عضلی ریشہ کے خلیوں میں شحمی ذرات اور قطیرات (droplets) سب سے پہلے نوات کے قریب نمودار ہو جاتے ہیں، اور ازاں بعد ایک محدود المقام تنخر (localized necrosis)

واقع ہوجاتا ہے، جو ممکن ہے کہ سمی الاصل ہو، یا شریانک کے تلف ہوجانے پر دموی رسد کے انقطاع کے سبب سے ہوگیا ہو۔ یہ گرہیں نہایت عام طور پر اورطی کی جڑ اور حلقۂ مطرانی (mitral ring) کے قریب بائیں بطین میں عضلہ میں گہری مدفون نمودار ہوتی ہیں۔

درون قلبہ کا التہاب حاد (acute endocarditis)۔روماتزمی التہاب درون قلبہ میں اس "گرہی" التہاب ("nodal" inflammation) کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اس سے مطرانی شرفہ (mitral cusp) کے اذینی جانب یا اورطی شرفہ (aortic cusp) کے بطینی جانب پر مصراعوں کی کور کے قریب زیر درون قلبی بافت (subendothelial tissue) کے نہایت خفیف اورام پیدا ہوجاتے ہیں، جس سے تسبیح کے دانوں جیسے متعدد ارتفاعات بنجاتے ہیں، جنھیں عموماً روئیدگیوں (vegetations) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ اور یہ ابتدائً اس خط پر واقع ہوتی ہیں جہاں مصراع مسدود ہونے پر اپنے رفیق کو چھوتا ہے، نہ کہ مصراع کی آزاد کور پر۔ بعد میں ملتہب رقبہ پر مصراعوں کا درحلمہ ڈھیلا پڑجاتا ہے، اور بطینی خون سے فائبرین اور کثیرالاشکال نواتی سپید خلیے تہ نشین ہوجاتے ہیں۔ التہاب کم ہونے پر پھر خفیف سا اندماب (scarring) واقع ہوجاتا ہے۔ لیکن طویل عرصہ تک جاری رہنے والے التہاب میں یا متواتر حاد حملوں کے بعد مصراعوں کا بڑا تشوہ (deformity) واقع ہوجاتا ہے، جس کا بیان درون قلبہ کے التہاب مزمن (chronic endocarditis) کے باب میں درج کیا گیا ہے۔ التہاب تامور (pericarditis) کے مناظر بھی بعد میں بیان کئے گئے ہیں۔

التہاب مفاصل (arthritis)۔ہلک اصابتوں میں مفصلوں کے اندر گدلا زلاب (synovia) اور فائبرین کی دھجیاں پائی گئی ہیں۔ سپید خلیات موجود ہوتے ہیں، لیکن سیال کبھی ریمی نہیں ہوتا۔ خود غشائے زلابی عروقی اور لمف کی ایک تہ سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے۔ جب ایسی سریع کمی، جیسی کہ اکثر دیکھی جاتی ہے واقع ہوجاتی ہے تو زلابی تغیرات اس کی نسبت اور بھی زیادہ خفیف ہوتے ہیں۔ وتری غلافوں کے اندر غیر شفاف متصل اور سبزی مائل زرد لمف پایا گیا ہے۔

زیر جلدی روماتزمی گرہ، جو روماتزم کی ایسی ممتاز خصوصیت ہے، اس کی پیدائش بالکل ویسی ہی ہے جیسی کہ پہلے قلب کے لئے بیان ہو چکی ہے، لیکن اُسکی نسبت زیادہ بڑے پیمانہ پر ہوتی ہے۔ وہ مرکزی شریانی التہاب سے شروع ہوتی ہے۔ پھر کثیر نواتی لیفی مایئفی دررسش (multi-nucleated fibroblastic infiltration) ہوتی ہے جو ترقی کرتی ہوئی چند ہفتوں کے دوران میں ایک چھوٹا ماندہ بنجاتی ہے۔

علامات۔ اکثر ایک یا زائد حملوں کی ماسبق سرگذشت پائی جاتی ہے۔ اور لوزتین بڑھے ہوئے نظر آتے ہیں، یا اُن میں عمیق طاقچے (crypts) موجود ہوتے ہیں، یا دبانے سے پیپ خارج ہوتی ہے، یا غدودہ (adenoids) موجود ہوتے ہیں روماتزم کی ابتدائی علامات کثیر مفصلی التہاب (multiple arthritis) یا زلالی التہاب (synovitis) کے ہوتے ہیں، یہ ضررات نمایاں ہوتے ہیں کیونکہ ان کے ساتھ درد اور تپ موجود ہوتی ہے۔ دوسری اصابتوں میں، اور خاصکر بچوں میں، پہلا ضرر قلبی مصراعات یا عضلۂ قلب یا تامور کا التہاب ہوتا ہے (روماتزمی التہاب قلب)، جو ممکن ہے بکلّیہ مخفی (latent) ہو، مگر جس کے ساتھ مبہم سے دردوں [جنکو شاید درد ہائے بالیدگی (growing pains) کہتے ہیں] کی سرگذشت ملتی ہے، اور یہ درد ایسے ہوتے ہیں کہ بچہ ان کی وجہ سے فریش نہیں ہوتا۔ بعض اوقات ایک ایسے بچہ میں، جس پر مفصلی قسم کی روماتزم کا حملہ ہوا ہو، ایسا قلبی ضرر پایا جاتا ہے جو زمانہ ماضی کا ہوتا ہے اور موجودہ زلالی التہاب پر منحصر نہیں ہوتا، مگر اُس کے ساتھ کسی گذشتہ زلالی التہاب کی سرگذشت بھی نہیں ملتی، یا ممکن ہے کہ رقص (chorea) کی سرگذشت ہو (آگے ملاحظہ ہو)۔

مفاصل بالکل دفعتہً ماؤف ہو سکتے ہیں۔ پہلے اکثر گھٹنے پر حملہ ہوتا ہے، اور پھر ٹخنے پر، اور دوسری حالتوں میں کلائی یا کندھے پر۔ خواہ پہلے کسی بھی مفصل پر حملہ ہو، مرض جلد ہی جسم کے دوسرے مفاصل میں پھیل سکتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ کندھا، کہنی، اور کلائی، کولہا، گھٹنا، اور ٹخنہ سب کے سب ایک ہی وقت میں یا یکے بعد دیگرے مبتلائے التہاب ہو سکتے ہیں۔ کبھی کبھی بالغوں میں ہاتھ اور پاؤں کی انگلیوں کے مفاصل یا قصی ترقوی مفصل (sterno-clavicular joint)، یا فقری

مفاصل تک ماؤف ہو جاتے ہیں۔ مرض کی وسعت نہایت تغیر پذیر ہوتی ہے۔ ایک مریض میں صرف دو یا تین جوڑ ملتہب ہو سکتے ہیں، اور دوسرے میں بہت سے۔ اور روما تزمی تپ کا ایک اہم خاصہ یہ ہے کہ اِس میں جب بعض ملتہب مفاصل بسرعت شفایاب ہو جاتے ہیں، تو دوسرے مفاصل ماؤف ہونے جاتے ہیں۔ اور جب یہ آخرالذکر مفاصل اچھے ہو جاتے ہیں تو تازہ مفاصل مبتلا رہتے ہیں، یا پہلے ماؤف شدہ مفاصل پھر مبتلائے التہاب ہو جاتے ہیں۔

جس مفصل پر روما تزمی تپ کا حملہ ہوا ہے وہ متورّم، گرم، چھونے سے الیم (tender) اور دردناک ہوتا ہے۔ سب سے زیادہ نمایاں ورم گھٹنے میں (جہاں التصاب بآسانی پہچانا جا سکتا ہے)، اور ٹخنہ میں اور کلائی میں ہوتا ہے۔ اُس کا رنگ تیز گلابی ہو سکتا ہے، جو شاذ ہی سارے ورم پر پھیلا ہوا ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ چکتیوں یا دھبوں کی صورت میں ہو۔ اَلیمیت (tenderness) بعض اوقات انتہائی درجہ کی ہوتی ہے، چنانچہ بستر پر ذرا سا دھکا لگنے سے، یا جوڑ کو بیڈ ھنگے پن سے ہاتھ لگانے سے شدید درد ہو جاتا ہے۔ اس قسم کا درد خود بخود پیدا ہونے والے درد کے بند ہو جانے کے بعد بھی جاری رہ سکتا ہے۔ کندھے، کولھے اور کہنی کے جوڑوں میں درد اور الیمیت ہی روما تزم کے خاص مظہر ہیں، کیونکہ خفیف سا ورم بآسانی شناخت نہیں ہوتا اور سرخی عموماً غیر موجود ہوتی ہے۔ التہاب مفاصل مختصراً بچوں کی نسبت بالغوں میں زیادہ دردناک ہوتا ہے۔ جوارح کے عضلات کا جس کرنے پر الیم ہونا کافی عام ہے، جس کی وجہ غالباً وہ عضلی التہاب (myositis) ہے جو اپنی نوعیت میں عضلۂ قلب کے التہاب (myocarditis) سے مماثل ہوتا ہے۔ فی الحقیقت ایک لڑکے میں، جو راقم الحروف کے زیر نگرانی تھا، شدید عضلی الیمیت بلا مفاصل کی کسی ماؤفیت کے موجود تھی۔

اصابتوں کی نہایت غالب تعداد میں زلالی التہاب زائل ہونے پر ماسبق التہاب کی کوئی اِمارت نہیں چھوڑتا۔ لیکن کبھی کبھی، بالخصوص اُسوقت جبکہ ایک ہی جوڑ پر متواتر حملے ہو چکے ہوں، دائمی تغیرات کا دیکھا جانا ممکن ہے، جن میں عضلات کی لاغری بھی پائی جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ تغیرات روما تزمی گرہوں کے ہمراہ پائے جائیں، اور

وہ حاد روماتزم آسا مفصلی التہاب (acute rheumatoid arthritis) سے قریبی مشابہت رکھتے ہیں نسیجیاتی نقطۂ نظر سے روماتزم آسا مفصلی التہاب کے ضررات حاد روماتزم کے ضررات سے ناقابل تمیز ہوتے ہیں، چنانچہ یہ ممکن ہے کہ یہ بالآخر ایک ہی مرض کے مختلف مظاہر ثابت ہوں۔ بیان کیا گیا ہے کہ روماتزمی تپ میں بعض اوقات غضروفی مفصلات (synchondroses) بھی ماؤف ہوجاتے ہیں۔ اس میں شک نہیں کہ بعض مفاصل کے گردوپیش کے وتروں کے غلاف اکثر ملتہب ہوجاتے ہیں، بالخصوص وہ جو کلائیوں اور ٹخنوں کے گرد کے ہوتے ہیں۔ اور ممکن ہے کہ پُشت پا اور پشتِ دست پر پھیل جانے والی سرخی کا کچھ حصہ اُنھیں کے التہاب کے باعث ہو۔ ایک لڑکے میں، جسے راقم الحروف نے دیکھا تھا، چانہ (mandible) کے گرد زیرِ گرد عظمی گرہیں (subperiosteal nodes) موجود تھیں۔

اس کثیر مفصلی التہاب کے ہمراہ کچھ تپ (pyrexia) بھی موجود ہوتی ہے جو مفصل کا التہاب کم ہونے کے ساتھ کم ہوجاتی اور التہابِ مفصل کے عود کے ساتھ پھر ہوجاتی ہے۔ بعض اوقات تپ مفرط (hyperpyrexia) ہوتی ہے۔ پسینہ کثرت کے ساتھ آنا بھی روماتزم کا ممیز خاصہ ہے۔ اکثر عرقی مسامات کے دہنوں پر صاف کیسکوں کے اندر پسینہ دیکھا جاسکتا ہے، جنھیں عرق دانے (sudamina) کہتے ہیں۔ جب اِن کیسکوں میں ریم کا ایک نقطہ موجود ہو، اور یہ ایک گلابی ہالہ سے گھرے ہوئے ہوں تو اِنھیں دخنیات (miliaria) کہتے ہیں۔ اِس تپ کے ساتھ عموماً دماغی اختلال زیادہ نہیں ہوتا، اور غیر پیچیدہ روماتزمی تپ میں ہذیان کوئی نمایاں مظہر نہیں ہے۔ زبان فردار ہوتی ہے اور امعاء میں قبض ہوتا ہے۔ قارورہ مقدار میں تھوڑا، گہرے رنگ کا (high coloured) اور ترشئی ہوتا ہے۔ صرف کبھی کبھی اُس میں البیومن کی خفیف سی مقدار موجود ہوتی ہے۔

روماتزمی التہاب قلب (rheumatic carditis) مفصلی التہاب کے ساتھ شروع ہونے والی روماتزمی تپ کی اصابتوں کے ایک بڑے تناسب (⅓ اور ½ کے درمیان) میں قلب التہابِ درون قلبیہ (endocarditis) اور التہابِ عضلۂ قلب (myocarditis) میں اور نسبتہً قلیل الوقوع اصابتوں میں التہابِ تامور (pericarditis)

میں مبتلا پایا جاتا ہے۔ اگرچہ التہاب تارمور کا بیان اس کے بعد آئیگا، یہاں یہ بتلا دینا ضروری ہے کہ التہاب قلب کی جو کچھ علامتیں موجود ہوتی ہیں وہ زیادہ تر التہابِ عضلۂ قلب کے سبب سے ہوتی ہیں نہ کہ التہابِ درون قلبیہ کی وجہ سے۔ وہ عموماً بالکل خفیف، اور بعض اوقات بالکل غیر موجود ہوتی ہیں۔ التہاب قلب کا آغاز، تپ کے بڑھ جانے سے ہوتا ہے۔ مسلسل سرعت قلب (tachycardia) عام ہے۔ شدید اصابتوں میں ورزش کے بعد سانس پھولکر خستگی (exhaustion) ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ یہی مرض کے ابتدائی ترین علامات ہوں۔ استثنائی مثالوں میں روماتزمی حملے کے بعد چند مہینوں کے اندر ہی نمایاں فشلِ قلب (heart failure) ظاہر ہو جاتا ہے۔ مریض اکثر عدیم الدم (anæmic) ہوتا ہے، لیکن ہمیشہ نہیں۔

اس کی ابتدائی ترین طبعی امارت یہ ہے کہ استماع کرنے پر مطرانی رقبے میں قلب کی پہلی آواز میں خفیف سی اِطالت (prolongation) یا خشونت (roughness) سنائی دیتی ہے، یا آواز قدرے صاف نہیں سنائی دیتی۔ ممکن ہے کہ چوبیس ہی گھنٹے کے اندر یہ لمبی ہوکر ایک واضح خریر (murmur) یا پھونکنے کی نرم آواز (soft blowing sound) بنجائے، جو پہلی آواز کے ساتھ ساتھ ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ کچھ عرصہ کے بعد بلکہ اُس کی جگہ لیلے۔ یہ قلب کی حاد سرایت ظاہر کرتی ہے اور یقیناً مطرانی بازروی سے پیدا ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ مصراعات پر الپین کی نوک جیسی دقیق روئیدگیاں (pin-point vegetations) ہوں، لیکن یہ سمجھنا مشکل ہے کہ یہ عدمِ کفایت (incompetence) کیوں پیدا کردیتی ہیں۔ زیادہ ممکن توجیہ یہ ہوسکتی ہے کہ بوجہ التہابِ عضلۂ قلب، مطرانی حلقہ (mitral ring) کا اتساع ہوکر عدمِ کفایت پیدا ہوجاتی ہے۔ جوں جوں مریض بہتر ہوتا جاتا ہے ممکن ہے کہ یہ خریرات غائب ہوتے جائیں۔ مطرانی بازروی (mitral regurgitation) اکثر دوسری ریوی آواز کو مفخم (accentuated) بنا دیتی ہے۔ حاد قلبی مسدودی پیدا ہوجاتی ہے اور بعض اصابتوں میں ایک متضاعف (reduplicated) پہلی یا دوسری آواز یا راس پر سنائی دینے والا پیشی انکماشی خریر (presystolic murmur) اسوجہ سے ہوتا ہے کہ اس حالت میں بطینوں سے پہلے اُذین محسوس طور پر منقبض ہوتے ہیں، لیکن ان تمام

طبیعی امارات کا سبب مطرانی مصراع کی راہ سے خون کا زور سے بہہ کر جانا بھی ہو سکتا ہے، جیساکہ ذیل میں بیان کیا گیا ہے ۔ روماتزمی تپ میں بچوں میں ایک نسبتہً کم عام خریر، جو راس پر ہی سنائی دیتا ہے بہ لحاظ وقت بین انبساطی (mid diastolic) ہوتا ہے ۔ یہ یقیناً تمام اصابتوں میں مطرانی ضیق (mitral stenosis) کی وجہ سے نہیں ہوتا، کیونکہ امتحان بعد الممات میں ایک سے زائد موقعوں پر یہ مصراع درست حالت میں پایا گیا ہے ۔ یہ غالباً "اضافی ضیق" ("relative stenosis") کی وجہ سے ہوتا ہے یعنے ایک طبعی مصراع کے ایک تسع بطین کے اندر کھلنے اور ایک نکلتا (fluid vein) اور بھنور (eddies) پیدا کر دینے کے باعث ۔ یہ فلنٹ (Flint) کے اس مشہور خریر سے مشابہ ہے جو اورطی بازروی میں ہوتا ہے ۔ بچوں میں اس خریر کی موجودگی عموماً ایک شدید درجہ کی سرایت ظاہر کرتی، اور سالہائے مابعد میں ایک مکمل نمو یافتہ مطرانی ضیق پیدا کر دیتی ہے ۔ اگر اورطی مصراع ماؤف ہوا ہے تو ممکن ہے کہ دوسری آواز ناکمل ہو اور ایک انبساطی خریر نمو یاب ہو جاتا ہے، لیکن دوسروں کی نسبت یہ ضرر بہت قلیل الوقوع ہے ۔

التہابِ پلیورا (ذات الجنب = pleurisy) ۔ جب قلب بہ شدت ماؤف ہو، اور بالخصوص جب التہابِ تامور (pericarditis) بھی موجود ہو، تو یہ اکثر پایا جاتا ہے ۔ ایک رگڑ (rub) سنائی دیتی ہے، اور ممکن ہے کہ درد بھی موجود ہو ۔ جب ذات الجنب تاموری اور حشائی پلیورا کے درمیان ہو تو پلیوری تامور ی فرک (pleuro-pericardial friction) کا موجود ہونا ممکن ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 127) ۔ عموماً ارتشاح (exudation) اتنا کافی نہیں ہوتا کہ جس کے بزل (tapping) کی ضرورت لاحق ہو ۔ لیکن گاہ بگاہ ممکن ہے کہ وہ وسیع ہو کر بائیں قاعدے پر ویسے ہی طبیعی امارات پیدا کر دے جیسے کہ بائیں شش پر ایک تامور ی انصباب کے دباؤ سے پیدا ہو جاتے ہیں یعنے آواز کی کمی (impairment of note) ناقص جوفیزی خریر، یا کمزور بلند ارتفاعی (high-pitched) شعبی تنفس ۔ حاد ریوی اذیما (acute pulmonary oedema) اور شعبی ذات الریہ کبھی کبھی بچوں میں ہو جاتے ہیں (Poynton) ۔ عام طور پر التہابِ گردہ بھی ہم زماں طور پر ہو جاتا ہے ۔

عرق دانوں (sudamina) اور دمنیات (miliaria) کے علاوہ، جو پہلے بیان ہوچکے ہیں، شری (urticaria) اور مختلف قسموں کا احمرار (erythema) بھی واقع ہوسکتا ہے، بالخصوص احمرار کثیر الاشکال (E. multiforme) اور پرپرا [کلاحت روماتزمی (peliosis rheumatica)]۔ احمرار گرہ دار (E. nodosum) بھی روماتزم کے ساتھ پایا جاتا ہے۔ وہ بنفشی سمی مأخذ کا ہوسکتا ہے (ملاحظہ ہو آگے) لیکن زیادہ عام طور پر تدرنی ہوتا ہے۔

تحت الجلدی کرائب (subcutaneous nodes) بالغوں کی نسبت بچوں میں زیادہ عام ہیں، اور مفاصل کے قرب وجوار میں اور عظمی عیود اور ابھاروں پر پائے جاتے ہیں، جہاں جلد اور ہڈی کے درمیان زیادہ چربی حائل نہیں ہوتی، مثلاً کہنیوں اور گھٹنوں پر۔ وہ دردناک نہیں ہوتے اور شاذ ہی الیم ہوتے ہیں۔ انھیں جلد کے نیچے آزادانہ، اور اُن کے پیچھے والی لیفی ساختوں پر خفیف سی حرکت دیجا سکتی ہے۔ وہ چند ہی ہفتوں میں غائب ہوجاتے ہیں۔

مکمر۔ اگر علاج نہ کیا جائے تو ممکن ہے کہ مفاصل کے علامات دس سے چودہ دنوں تک جاری رہیں، اور پھر وہ اکثر دفع ہوجائیں گے۔ اگر سیلی سلیٹس (salicylates) کے ذریعہ علاج کیا جائے تو درد اور بخار اکثر ایک ہفتہ کے اندر غائب ہوجاتے ہیں۔ لیکن بہرحال روماتزم نکس (relapse) کا بڑا رجحان ظاہر کرتی ہے، جس میں دو دن سے لیکر دو ہفتوں کے ایک خالی از تپ اور خالی از درد وقفہ کے بعد مفاصل بالکل اسی طریقہ سے ماؤف ہوجاتے ہیں۔ کبھی کبھی ایک جوڑ کا التہاب ہفتوں یا مہینوں قائم رہنے کی وجہ سے شفایابی میں تاخیر ہوجاتی ہے۔ درد، ورم، اور کرختگی (stiffness) نمایاں تکالیف ہوتے ہیں، اور جوڑ کا علاج بالآخر آرام، جبیرات (splints) اور مقامی معالجہ سے کرنا پڑتا ہے۔ نقاہت (convalescence) میں تاخیر کا ایک دوسرا سبب التہاب دروں قلبہ (endocarditis) کی سریع ترقی ہوتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مریض روماتزم سے گذر کر نمایاں مرض قلب میں مبتلا ہوجاتا ہے، جس میں اورطی یا مطرانی مرض کے خویرات، عضلۂ قلب کا فشل (failure) بلکہ التہاب تامور موجود ہوتا ہے۔ روماتزمی حملہ کے دوران میں موت التہاب قلب سے، اور نہایت ہی شاذ طور پر

مفرط تپ سے ہو سکتی ہے۔

تشخیص - اِس میں عموماً کوئی دقت نہیں پیش آتی، کیونکہ دردِ مفاصل کا دفعتہً وقوع اور ساتھ ہی مفاصل کی سرخی اور ورم، بخار اور کثرتِ پسینہ یہ سب بڑی حد تک فیصلہ کن ہوتے ہیں، بالخصوص اگر یہ نوعمر اشخاص میں واقع ہو، جن کی صحت پہلے اچھی تھی، یا جو اِس کے برعکس، روماتزمی تپ یا مرضِ قلب کی ماسبق سرگذشت رکھتے ہوں۔ جہاں صرف ایک ہی مفصل ماؤف ہو وہاں حاد التہاب مغزِ استخواں کے متعلق غور کرنا چاہیئے۔ اِس میں بنیئی (constitutional) علامات زیادہ شدید ہوتے ہیں۔ الیمیت بہت زیادہ ہوتی ہے، خاصکر جبکہ ہڈی کو دبایا جائے۔ حاد تقیحِ الدّم (acute pyæmia) جس کے ساتھ تقیحی التہابِ مفصل (suppurative arthritis) ہو، غیر عام ہوتا ہے، اور اُس میں عموماً سرایت کا کوئی صریح مرکز موجود ہوتا ہے، جیسے کہ زچگی کے بعد عفونی رحم۔ جب مفاصل پر حملہ ہوتا ہے تو اُن کے شفایاب ہونے میں طویل عرصہ لگتا ہے۔ سوزاکی زلالی التہاب بھی روماتزمی تپ کی نسبت زیادہ دیرپا ہوتا ہے، اور اُس کے ساتھ قلبی پیچیدگیاں شاذ ہی ہوتی ہیں، اور التہاب بالخصوص رداؤں (fasciæ) کو ماؤف کرنے کا رجحان رکھتا ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ ابتدائی درجوں میں اُسے بآسانی غلطی سے حاد روماتزم سمجھ لیا جائے۔ حاد کثیر مفصلی التہاب (acute multiple arthritis) بہت سی نوعی سرایتوں، مثلاً تپِ محرقہ، نزحیر، اور نبقی ریوی سرایتوں، تپِ ناکسہ، وغیرہ میں بھی واقع ہو سکتا ہے۔ وہ تعامل جو مریض سیلی سلیٹس دینے پر ظاہر کرتا ہے، حاد روماتزم کی مفید دلالت ہوتا ہے۔ نقرس سے تشخیص اُس مریض کے بیان میں درج کی جائیگی۔

ایک ایسے بچے میں جسے کثیر مفصلی التہاب نہ ہو چکا ہو، روماتزم کی تشخیص کا انحصار خراشِ حلق یا عفونی لوزتین اور ایک قلبی ضرر یا زفن (chorea) کی شناخت پر ہوگا۔ حاد التہابِ درونِ قلبہ اور التہابِ عضلۂ قلب کی تشخیص کے لئے کسی قدر احتیاط کی ضرورت ہے، کیونکہ تازہ حاد التہاب درونِ قلبہ اور التہابِ عضلۂ قلب کا خلط ملط پرانے مصرامی مرض کے خریرات کے ساتھ اور رتاء موردی فِرک کی آوازوں کے ساتھ ہو سکتا ہے۔ نوٹ کرنے کے قابل خاص امر یہ ہے کہ یہ زیر بحث خریر اپنی نوعیت

میں عموماً نزم‘ اور بہ لحاظِ وقت انکماشی‘ اور مطرانی رقبہ پر سختی کے ساتھ محدود ہوتا ہے۔
ممکن ہے کہ سرعتِ ضرباتِ قلب (tachycardia) موجود ہو اور دوسری ریوی آواز
مفخم (accentuated) ہو سکتی ہے۔ ایک فعلی (functional) یا دموی خریر (hæmic
murmur) عموماً ریوی شریان پر بلند ترین‘ اور اُس کی صفت اکثر درشت (harsh)
ہوتی ہے۔ مزمن مصراعی مرض کا خریر اکثر بلند یا درشت ہوتا ہے‘ جو ایک بڑے
رقبہ پر سنا جاتا ہے‘ اور اُس کے ساتھ قلب کی جسامت یا شکل کا کچھ تغیر بھی ہوتا ہے۔

انذار۔ حاد روماتزم کی شرح اموات تھوڑی ہوتی ہے۔ امکانی خطرات
اوپر بیان کئے جا چکے ہیں۔ اِس امر کی کہ آیا مرض ہنوز فعال ہے تپش‘ اور شرح نبض
اور تبدیلیٔ خریرات بہترین سرپری رہنما ہیں۔ خلیات احمر کی تثفلی شرح سے مزید مدد
حاصل ہوتی ہے۔ ویسٹرگرین (Westergren) کا طریقہ استعمال کرنے پر‘ اگر خلیات
پہلے گھنٹے میں ۱۰ ملی میٹر سے زیادہ یا دو گھنٹے میں ۲۰ ملی میٹر سے زیادہ گریں‘ تو مرض
ہنوز فعال ہے (42)۔

تحرّز۔ عموماً چکنی مٹی کی زمین روماتزم کی استعداد پیدا کرنے والی سمجھی
جاتی ہے‘ اور دریائی وادیوں کے نشیبی مقامات سے احتراز کرنا چاہئے۔ روماتزمی
بچوں کو چاہئے کہ اگر اُن کا لباس تر ہو جائے تو اُسے بدل ڈالیں۔ اہم ترین امر
یہ ہے کہ تمام ممکن منابع سرایت کا علاج کرنا چاہئے۔ اِس سلسلہ میں ناک اور جوفوں
اور حلق کا احتیاط کے ساتھ امتحان کرنا چاہئے‘ بالخصوص بچوں میں‘ لیکن بالغوں
میں خاصکر دندانی سرایت کی تلاش کرنی چاہئے۔ روماتزمی مظاہر والے پچاسی بچوں
پر عمل میں لائی ہوئی لوزہ برآری (tonsillectomy) کے موضوع پر ایک تحقیقات
پیش کی گئی ہے (43)۔ بیشتر اصابتوں میں لوزتین ایک سے زائد بار التہاب میں مبتلا
ہو گئے تھے‘ اور تمام اصابتوں میں لوزی لمفی غدد بڑھے ہوئے تھے۔ لوزہ برآری کے بعد
اوسطاً ساڑھے تین سال سے زائد تک اِن اصابتوں کا تتبع کیا گیا۔ ۹۵ فی صیدی
اصابتوں میں لوزی غدد ناقابلِ حِس ہو گئے۔ جن مریضوں کو روماتزمی تپ ہوئی تھی
اُن میں سے ۴۰ فیصدی میں نکس بالکل نہیں ہوا۔ جہاں تک رقص کا تعلق ہے
۵۰ فیصدی اصابتوں میں نکس واقع نہ ہوا۔ التہابِ عضلہ (myositis) اور دردِ مفاصل

سے متعلق یہ ہے کہ ۷۷ فیصدی اصابتوں میں نکس واقع نہ ہوا ۔ چند اصابتوں میں لوزتین کو کامل طور پر نکالنے کے لیئے ایک دوسرے عملیہ کی ضرورت واقع ہوئی ۔ اس کے خلاف گریٹ آرمانڈ سٹریٹ (Great Ormond Street) میں ۴۲۸ اصابتوں کے ایک سلسلہ میں کہ جن میں زفن بھی شامل تھا، لوزہ برآری کے منفعت بخش نتائج بہت مشکوک تھے (45)، اور یہ دیگر ارباب سند کی رائے کے مطابق ہے (47)۔

مندرجۂ بالا سے حسب ذیل نتائج مستنبط کیئے جا سکتے ہیں :۔ روماتزمی بچوں میں جب لوزتین کی سرایت زدگی بچہ کی صحت کو خراب کر رہی ہو، اور بار بار سوزش حلق ہو اور مزمن غدی کلانی موجود ہو تو انقاف (enucleation) کے ذریعہ لوزتین کو بکلیہ نکالدینا مناسب ہے ۔ اس عملیہ کو حاد سرایت رفع ہوجانے کے بعد عمل میں لانا چاہیئے۔

علاج ۔ روماتزم کی خفیف اصابتوں کے موثر علاج کے لئے بھی بستر میں کلی آرام کرنا ضروری ہے یہانتک کہ مفاصل کا درد اور ورم غائب ہوجائے اور قلب کا فاعلی التہاب رفع ہوجائے ۔ لیکن اس کا یقینی طور پر جاننا مشکل ہے کہ یہ نتیجہ کب ظہور میں آتا ہے، چنانچہ خطرہ کے سدباب کے لئے مریضوں کو (بالخصوص اگر وہ بچے ہوں) بہت ہفتوں تک بستر پر لٹائے رکھنا چاہیئے ۔ بہرحال جبتک کہ نبض اور تپش کم ہوکر طبعی نہ ہوجائیں اور کچھ دنوں تک ایسی نہ رہیں مریض کو اٹھنے کی اجازت نہ دینی چاہیئے ۔ ایک دوسری مفید دلالت حرارت کی نوعیت ہے ۔ جبتک کہ یہ روز بروز کوئی تغیر ظاہر کریں اس کے یہ معنے ہیں کہ فاعلی التہاب موجود ہے ۔ سرایت کے ممکن مرکزوں کو تلاش کر کے اُن کا تدارک کرنا چاہیئے (ملاحظہ ہو صفحہ 276) لوزہ برآری پر اوپر غور کیا جا چکا ہے ۔

شدید اصابتوں میں مفاصل اسقدر دردناک ہونگے کہ مریض کو سوائے چپ چاپ لیٹے رہنے کے کوئی چارہ نہیں ہوتا ۔ مفاصل کو تضرر کے ہر خطرہ سے محفوظ رکھنا چاہیئے ۔ بعض اوقات بستری کپڑوں کو جوارح سے ایک غالبیہ کے ذریعہ اٹھا کر رکھنا چاہیئے ۔ مفاصل کو نرم روئی میں، جس پر شدید اصابتوں میں تھوڑی سی مسکن دوا (anodyne)، مثلاً لفاح، یا افیون کا مروخ، چھڑک لی جائے، لپیٹ دینے سے درد میں قدرے مقامی تخفیف حاصل ہو سکتی ہے، یا مفصل پر متقل سیلی سلیٹ

(methyl salicylate) (ونٹر گرین کا مصنوعی تیل) پھیلا کر اُسے گٹا پرچا ٹشیو (gutta-purcha tissue) سے ڈھانک سکتے ہیں۔ گذشتہ زمانہ میں خالص دودھ کی غذا تجویز کی جاتی تھی، لیکن عام اصول کی بنا پر مختلف الاقسام غذاؤں کی اجازت دینا نسبتۃً بہت بہتر ہے، جیساکہ دوسری حموی حالتوں میں کیا جاتا ہے۔

جو دوا اب تقریباً عالمگیر طور پر کام میں لائی جاتی ہے وہ سوڈیم سیلی سلیٹ (sodium salicylate) ہے۔ جب مریض کامل طور پر اِس کے زیر اثر ہو جاتا ہے تو درد غائب ہو جاتے ہیں، مفاصل کی سرخی اور ورم میں تخفیف ہو جاتی ہے، اور تپش دو یا تین درجہ کم ہو جاتی ہے، بلکہ ممکن ہے کہ طبعی درجہ پر آجائے۔ اگر اب اس دوا کی مقدار کم کر دی جائے یا اس کا استعمال جاری نہ رکھا جائے تو بہت ممکن ہے درد عود کر آئیں۔ اگر وہی مقدار خوراک قائم رکھی جائے تو روماتزم اُسی وقت سے عملاً شفایاب ہو جائے گی۔ لیکن علاج کو دوا اور غذا ہر دو کے ذریعہ سے دس یا زیادہ دنوں تک جاری رکھنا پڑے گا، اور اس مدت کے اختتام پر کسیقدر ڈھیل دیجا سکتی ہے۔ سیلی سلک ایسڈ یا اُس کے سوڈیم والے نمک، دونوں کی موثر مقدار خوراک ۲۰ گرین ہے، اور سیلی سین کی مقدار خوراک ۳۰ گرین ہے، جو پہلے چوبیس یا چھتیس گھنٹوں میں ہر چوتھے گھنٹے دینی چاہیئے۔ لیکن کم شدید اصابتوں میں اس سے چھوٹی مقدار کافی ہو سکتی ہے۔ بعض طبیب ابتدائی چار یا پانچ گھنٹوں میں ایک نسبتۃً چھوٹی خوراک ہر گھنٹے دیتے ہیں، اور پھر اِس تواتر کو گھٹا کر ہر دوسرے گھنٹے دیتے ہیں۔ اگر حملہ نہایت شدید ہے تو ممکن ہے کہ پہلے دن ۲۰ گرین کی خوراک ہر دوسرے یا تیسرے گھنٹے دینا مناسب ہو۔ اگر بہت زیادہ مقدار دی جائے تو مریض دردسر، بہرے پن، طنین الاذن (tinnitus aurium) اور خفیف ہذیان میں مبتلا ہو جاتا ہے، لیکن دوا کو موقوف کر دینے پر یہ علامات موقوف ہو جاتے ہیں۔ کبھی کبھی قے، سُست یا غیر منتظم نبض، البیومن بولیت، رُعاف (epistaxis)، عدم بولیت یا اُسر البول (suppression of urine) اور تسمم بولی (uræmia) واقع ہو گیا ہے۔ عام طور پر ابتدائی سمّی علامات درد ول کے رفع ہونے کے ساتھ ہمزمان ہوتے ہیں۔ لیکن تخفیف درد حاصل ہونے کے بعد دوا کی معتاد دوں کے تواتر کو کم کر کے روزانہ چار یا تین بار کر دینا چاہیئے اور

آخری درد یا آخری غیر طبعی تپش کے بعد پانچ یا چھ دن گذر جانے کے بعد تک اسی مقدار کو جاری رکھنا چاہیئے اور پھر یہ دوا بالکل موقوف کر دیجائے۔

روماتزم پر اِن تین زیرِ غور دواؤں کے اثرات میں کوئی بیّن فرق نہیں عموماً سوڈیئم والانمک پسند کیا جاتا ہے، اور اکثر اِس کے ساتھ سوڈیئم بائی کاربونیٹ کی مساوی مقدار شامل کردی جاتی ہے۔ بعض اوقات یہ دوائیں چنداں کامیاب نہیں ہوتیں۔ درد کم ہوکر جاری رہتے ہیں، یا نکس (relapses) اکثر ہوجایا کرتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ایسی حالت میں سیلی سلیٹ آف کوئین (salicylate of quinine) (۲ تا ۶ گرین) مفید ہو۔ یا قدیم قلوی علاج کیا جاسکتا ہے یعنے پوٹاسیئم بائی کاربونیٹ یا ایسٹیٹ، ۲۰ گرین ہر چار گھنٹے دینا، یا پوٹاسیئم بائی کاربونیٹ کونین کے ساتھ دینا۔ حاد روماتزم کے دردوں پر سیلی سلک ایسڈ شامل رکھنے والے مرکبات، مثلاً سیلال (salol)، سیلوفین (salophen) اور ایسیٹل سیلی سلک ایسڈ (ایسپرین) کچھ اثر رکھتے ہیں۔ آخر الذکر ۱۰ یا ۱۵ گرین کی خوراکوں میں برشامہ (cachet) میں بہت مستعمل ہے۔ 264

ابھی یہ معلوم نہیں کہ سیلی سلیٹس کسطرح عمل کرتے ہیں۔ بہت سے ماہرین کا یقین ہے کہ یہ خود سرایت پر کوئی نوعی اثر نہیں رکھتے۔ فی الحقیقت یہ رائے ظاہر کی گئی ہے کہ تپ اور دردِ مفاصل کو دور کرنے میں ایک گونہ نقصان ہے، کیونکہ اِس سے قلب میں ایک ایسی دلالت جو کہ سرایت کی رفتار ظاہر کرتی ہے ہاتھ سے جاتی رہتی ہے، اور کسیقدر تپ کا موجود رہنا سرایت کے خلاف ایک مفید مدافعت ہے۔

شدید ارتفاعِ حرارت (hyperpyrexia) کا علاج فوری اور مستعدی کے ساتھ ہونا چاہیئے جیسا کہ ضربت الحرارت (Heat Stroke) کے بیان میں درج کیا گیا ہے۔

زفن (داء الرقص)

(chorea)

(Sydenham's chorea, chorea minor)

داء الرقص کی ممیز خصوصیت جسم کے مختلف حصوں کی بیقاعدہ غیرارادی حرکات

ہیں۔ اِس کا مقبولِ عوام مرادف "سینٹ وائٹس کا رقص" رقصی مانیا کی اُن وباؤں کی طرف اِشارہ کرتا ہے، جو ازمنۂ وسطیٰ میں واقع ہوتی تھیں، جبکہ مریض سینٹ وائٹس کے مزار کی زیارت سے شفایاب ہوجاتے تھے۔ اِسی بنا پر اس مرض کا نام "سینٹ وائٹس کا رقص" (Chorea Sancti Viti) ہوگیا۔ لیکن جو شکایت اُن وباؤں میں ہوا کرتی وہ کسیقدر ہسٹیریا کی سی کیفیت رکھتی تھی، اور اگرچہ داء الرقص کا نام اب بھی بعض اوقات غیر طبعی حرکت کی بعض دوسری قسموں کو ظاہر کرنیکے لئے استعمال کیا جاتا ہے، تاہم وہ عموماً اُسی عارضہ کے لئے محفوظ رکھا جاتا ہے جو اب بیان کیا جائے گا۔

اسباب ۔ داء الرقص حاد روماتزم کی ایک قسم ہے، اور اسی واسطے اُس کے اسباب بھی وہی ہیں جو اِس کے ہیں۔ وہ بیشتر طفلی کا مرض ہوتا ہے؛ تقریباً نصف اصابتیں پانچ اور دس سال کی عمروں کے درمیان ہوتی ہیں، اور دوسری ایک تہائی دس اور پندرہ سال کے درمیان ہوتی ہیں۔ وہ لڑکوں کی نسبت لڑکیوں میں زیادہ اکثر الوقوع ہے، دو یا تین اور ایک کی نسبت میں۔ ڈر یا دماغی صدمہ یا بار، جیسے کہ مدرسہ کے امتحانات کے لئے محنت کرنا، اِس مرض کو بڑھانے والا سبب ہوسکتا ہے۔ بالغ مریضوں میں حمل ایک عام پیش رو سبب ہے۔ اِن میں سے بعض کو بچپن میں روماتزم اور دوسروں کو داء الرقص ہوچکا ہوتا ہے۔

مرضی تشریح ۔ دماغ میں بیش دمویت پائی جاتی ہے۔ لیکن تغیرات اتنے زیادہ نہیں ہوتے کہ یہ ظاہر کریں کہ داء الرقص کا سبب جراثیمی حملہ ہے۔ قطنی کچوکے (lumbar puncture) سے لمف خلیات میں کوئی زیادتی شاذ و نادر ہی دریافت ہوتی ہے۔

امراضیات ۔ داء الرقص کے ایک روماتزمی سرایت ہونے کی تائید اِن واقعات سے ہوتی ہے:۔ التہاب دروں قلبیہ کا اکثر وقوع، اور مہلک اصابتوں میں اُس کی تقریباً ہمیشہ موجودگی۔ دورانِ حیات میں اس کا تلازم روماتزمی تپ اور اُس کے مختلف مظاہر کے ساتھ۔

پہلے جو نظریہ مانا جاتا ہے یعنی یہ کہ داء الرقص دماغ پر ایک جراثیمی حملہ ہے، یہ ضروری معلوم ہوتا ہے کہ اب اس کو ترک کر دیا جائے، اِلّا چند خراب ترین اصابتوں میں (جنونی داء الرقص) کہ جن میں نبقہ سبحیہ کاشت کیا گیا ہے۔ حالیہ تحقیقات سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ یہ مرض، جسم میں اور خاصکر دماغی نخاعی سیال میں آیونی کیلشیم (ionic calcium) کا مایہا گھٹ جانے کا نتیجہ ہوتا ہے یعنی یہ ۵ ملی گرام فیصدی سے کم ہو جاتا ہے، اور جب بچہ صحت یاب ہو جاتا ہے تو ۵ ملی گرام سے زیادہ ہو جاتا ہے (51)۔ اس نظریہ کی رو سے داء الرقص تکزز (tetany) سے ایک قریبی رشتہ رکھتا ہے۔ تکزز کی طرح اس میں بھی یہ دیکھا جاتا ہے کہ عضلات کی برقی ہیجان پر تحریک پذیری بڑھ جاتی ہے۔ چنانچہ اقل محرک رو جو کہ ایک باطح طویل (supinator longus) میں فعال برقیرہ کو عضلہ کے حرکی نقطہ پر لگانے پر ایک مرئی جھٹکا پیدا کرسکتی ہے، ۲ ملی ایمپیئر (milliamperes) سے کم ہے، حالانکہ طبعی اس عدد سے زیادہ ہے (52)۔

علامات۔ داء الرقص کے علامات تنہا موجود ہو سکتے ہیں، یا اُن کے ساتھ حاد روماتزم کے وہ مظاہر بھی ہو سکتے ہیں جو پہلے بیان کئے جا چکے ہیں۔ اِس مرض کا نمایاں ترین خاصہ عضلات کا فعل ہے، وہ (۱) غیر ارادی حرکت، (۲) عدمِ اتساق (ataxy) یا ناہم آہنگی (inco-ordination)، اور (۳) خفیف درجہ کی حقیقی کمزوری یا اِسترخا (paresis) کی حالت میں ہوتے ہیں۔ مریض ایک مستقل حرکت کی حالت میں ہوتا ہے، خواہ وہ لیٹا ہو، بیٹھا ہو یا کھڑا ہو۔ اور یہ حرکات، جو جسم کے تقریباً تمام عضلات میں پائے جاتے ہیں، جھٹکے دار، بیقاعدہ اور بے غایت ہوتے ہیں۔ اُنگلیاں کھولی اور بند کی جاتی ہیں، کلائی کو یکایک پھیلایا یا خم کیا جاتا ہے، یا کندھا اُٹھا دیا جاتا ہے۔ چہرے کے عضلات کو جھٹکا لگتا ہے، بھویں یکایک اونچی کرلی جاتی ہیں، سر یا آنکھیں ایک جانب کو گھمائی جاتی ہیں اور ٹھوڑی اونچی یا نیچی کرلی جاتی ہے۔ جوارح زیرین میں حرکات اکثر کم ہوتے ہیں۔ پاؤں کی انگلیوں کو جھٹکا لگتا ہے، یا ایک گھٹنا گر پڑتا ہے۔ دھڑ کے عضلات میں ہیں جسم ایک یا دوسری طرف آدھا گھوما ہوا نظر آتا ہے، اور شکم کی ناگہانی بازکشیدگی،

یا تنفسی عضلات کا جھٹکے دار فعل دیکھنے میں آتا ہے۔
ارادی حرکات کے وقت یہ بیقاعدگی اور زیادہ نمایاں ہوتی ہے۔ اگر ہاتھ سامنے باہر پھیلائے جائیں تو بچہ انھیں مضبوط تھامے رکھنے کے بالکل ناقابل ہوتا ہے۔ زبان باہر نکالنے پر وہ ایک جھٹکے کے ساتھ باہر نکالی جاتی اور شاید یکایک اندر کھینچ لی جاتی ہے، اور ساتھ ہی جبڑوں کے عضلات بیقاعدگی کے ساتھ متحرک ہوتے ہیں۔ چلنے میں ٹانگیں ادھر اُدھر پھینکی جاتی ہیں، جسم کو جھٹکے کے ساتھ چکر دیا جاتا ہے، اور کندھے اوپر اٹھا لئے جاتے ہیں۔ اسیطرح یہ بھی دیکھنے میں آسکتا ہے کہ عضلات بڑی تیزی کے ساتھ ڈھیلے پڑجاتے ہیں۔ کسی چیز کو پکڑ لینے کے بعد ایک یا دو انگلیاں جلد ڈھیلی ہوجاتی ہیں اور جلد ہی وہ ہاتھ یا بازو گر جائے گا۔ اگر مریضہ کو غور سے دیکھتے رہیں یا اگر وہ جوش کی حالت میں ہوجائے تو یہ حرکات زیادہ ہوجاتے ہیں۔ نیند میں حرکات موقوف ہوجاتے ہیں۔
اس مرض میں بچی کے مزاج میں تغیر ہوجانے کا امکان ہوتا ہے۔ مریضہ زودرنج، چڑچڑی، متلوّن المزاج، یا برانگیختہ ہوجاتی ہے، اور دماغی طور پر اُس کا حافظہ کمزور ہوجاتا ہے اور وہ اپنی توجہ کو قائم نہیں رکھ سکتی۔

اقسام - بعض اوقات علامات نہایت خفیف ہوتے ہیں اور کچھ عرصہ تک ایسے ہی رہتے ہیں۔ انگلیوں کو صرف قدرے جھٹکا لگتا ہے، بیقاعدہ حرکات شاذ ہی دیکھنے میں آتے ہیں، لیکن بچی جن چیزوں کو لیجانے کی کوشش کرتی ہے اُنکو گرا گرا دیتی ہے۔ بعض اصابتوں میں حرکات ایک ہی جانب کے ہاتھ یا پاؤں تک محدود ہوتے ہیں (نرفن لنصفی: hemichorea)- دوسری اصابتوں میں قطعی فالج ہوتا ہے اور زفنی حرکات خفیف ہی ہوتے ہیں۔ بازو پہلو میں لٹکا ہوا رہتا ہے اور دقت کے ساتھ اٹھایا جاسکتا ہے۔ انگلیوں کو کبھی کبھی جھٹکا لگتا ہے اور اُن کی گرفت نہایت کمزور ہوتی ہے (شللی نرفن: paralytic chorea)- ممکن ہے کہ نرفتی نصفی فالج (choreic hemiplegia) ہوجائے۔ شاذ اصابتوں میں چاروں جوارح ماؤف ہوجاتے ہیں اور بچی بالکل بے بس پڑی رہتی ہے، اور اگر اُسے اُٹھایا جائے تو ہر جارحہ ایک لکڑی کے کندے کی طرح نیچے گر پڑتا ہے۔ کبھی کبھی بے کلامی، ذہنی کمزوری

مانیائی اور مالیخولیائی حالتیں بھی واقع ہو جاتی ہیں، اور یہ عموماً عارضی ہوتی ہیں۔
استثنائی طور پر حرکات نہایت تند ہوتے ہیں۔ کھڑا رہنا یا بیٹھنا ناممکن ہو جاتا ہے، اور مریضہ صاحب فراش ہو جاتی ہے، اور خود کو بستر میں نہایت تند و تیز پیچ و تاب کے ساتھ اِدھر اُدھر پھینکتی پٹکتی ہے، ہاتھ اور بازوؤں کو پلنگ کی جانبوں یا سرھانے پر مارتی ہے، اور کہنیوں، شانوں، سرینوں، کولہوں، گھٹنوں، اور ایڑیوں کو اسطرح رگڑتی ہے کہ جس سے جلد کی خطرناک خراشیدگیاں پیدا ہو جاتی ہیں۔ اُسے غذا پہنچانا مشکل یا ناممکن ہو جاتا ہے، کیونکہ ہر چیز جو مریضہ کے منہ کے پاس رکھی جائے دھکا دیکر ہٹا یا گرا دی جاتی ہے بلکہ اگر وہ مریضہ کے منہ میں پہنچ بھی جائے تو ممکن ہے کہ بلع میں ہم آہنگیٔ عضلات نہ ہونے سے وہ پھر نکل جائے۔ یہ اصابتیں (رقص خطرناک :chorea gravis) بعض اوقات نہایت تیزی کے ساتھ ترقی کر جاتی ہیں، مریض لگاتار حرکت اور کافی غذا نہ پہنچنے کی وجہ سے خستہ معلوم ہوتا ہے۔ سریع لاغری واقع ہو جاتی ہے، چہرہ سرخ ہو جاتا ہے، آنکھیں بیٹھ جاتی ہیں لیکن چمکدار ہوتی ہیں، لب اور زبان خشک ہو جاتے ہیں، نبض سریع ہوتی ہے، اور بالآخر موت واقع ہو سکتی ہے، اور اُس سے پہلے اکثر تپش کسیقدر بلند، اور حرکات موقوف ہو جاتے ہیں۔ حقیقتاً ممکن ہے کہ مریض موت سے پہلے چند گھنٹے تک بالکل سکون کے ساتھ پڑا رہے، اور یہ خیال پیدا کردے کہ نقیہیت شروع ہو گئی ہے۔ بعض اصابتوں میں ذہن شدید طور پر ماؤف ہو جاتا ہے اور مریض ہذیانی بلکہ وحشیانہ طور پر مانیائی ہو جاتا ہے۔ ایسی تند حالتیں پندرہ اور پچیس سال کے درمیان کی عمروں میں نسبتاً زیادہ کثیر الوقوع ہیں، اور اِن کا بڑا تناسب حاملہ عورتوں میں ہوا کرتا ہے۔

مُدّت - داء الرقص کی مدت نہایت تغیر پذیر ہوتی ہے۔ اصابتوں کی غالب تعداد چھ ہفتوں سے لیکر تین ماہ تک قائم رہتی ہے۔ ایسا بھی بارہا ہوا ہے کہ مرض کے شدید مظاہر رفع ہونے کے بعد خفیف جھٹکے بہت ہفتوں (بلکہ مہینوں) تک ہوتے رہے ہیں، اور علامات کچھ عرصہ کے بعد پھر شدت کے ساتھ ہو جائیں۔

بالآخر زیادہ تر مریض شفایاب ہوجاتے ہیں۔ تند و تیز حالتیں عموماً قلیل المدت ہوتی ہیں۔ اگر موت واقع ہوتی ہے تو وہ اکثر پہلی علامت سے، یا حرکات کے تند ہونے کے وقت سے دو یا تین ہفتوں کے اندر واقع ہوجاتی ہے۔ جب شفا ہوتی ہے، تو حرکات چند ہفتہ کے بعد سست تر پڑ جاتے ہیں، اگرچہ ممکن ہے کہ کامل شفایابی میں کچھ عرصہ کی تاخیر ہوجائے۔ داء الرقص کلّی طور پر رفع ہوجانے کے بعد بھی نکس کا احتمال رکھتا ہے۔ دوسرے یا تیسرے حملے اکثر ہوجایا کرتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ پہلے حملہ کی نسبت قلیل تر مدت کے ہوں، لیکن دیگر خصوص میں اس سے مختلف نہیں ہوتے۔

عواقبِ مرض۔ اس مرض کے بعد بعض اوقات مریض کے یکایک چمک اٹھنے (sudden starts) کی قابلیت باقی رہ جاتی ہے، جو مہینوں کے عرصہ میں رفع ہوجاتی ہے۔ صرع (epilepsy) بھی شاہدے میں آئی ہے، اور شفایابی کے بعد ایک تقلص (tic) کا باقی رہ جانا ممکن ہے۔

266

تشخیص۔ اس میں شاذ ہی کوئی دقت پیش آتی ہے۔ داء الرقص سے قریبی مشابہت رکھنے والے حرکات ہسٹیریا کے جزو کے طور پر واقع ہوسکتے ہیں۔ وہ عموماً زیادہ متوازن، اور زیادہ محدود المقام ہوتے ہیں، اور بہ سرعت شفایاب ہوسکتے ہیں۔ عادتی تشنج (habit spasm) بچوں میں موجود ہوسکتا ہے، اور متذکرۂ بالا سے قریبی مماثلت رکھتا ہے۔ اس کے حرکات محدود المقام، اور نوعیت میں ارادی ہوتے ہیں، اور داء الرقص کے حرکات کی نسبت زیادہ قابلِ ضبط اور کم مستقل ہوتے ہیں۔ فریڈرک کے عدم اتّساق (Friedriech's ataxia) میں حرکات جھٹکے دار ہوتے ہیں۔ لیکن چال مختلف اور سرگذشت نہایت طویل ہوتی ہے، اور دوسرے امارات موجود ہوتے ہیں۔

انذار۔ یہ بچوں میں زیادہ امید افزا ہوتا ہے، قطع نظر قلب کی حالت کے۔ نوعمر بالغوں میں یہ نسبتہً زیادہ غیر یقینی ہوتا ہے۔

علاج۔ حاد روماتزم کا علاج دیکھنا چاہیئے۔ بچی کو بستر میں سکون کے ساتھ رکھنا، اور اسے پریشان یا ناراض کرنے والی ہر امکانی چیز سے دور رکھنا چاہیئے۔

غذا سادہ، مغذی اور بہ افراط ہونی چاہیئے۔ کیلشیم ایسپرین (۷ تا ۱۰ گرین)، اور کلوروٹون (۵ گرین) دن میں تین بار نفع بخش ہوتے ہیں۔ آرسینک (سم الفار) عموماً دیا جاتا ہے، لیکن اِس کا کوئی ثبوت نہیں ہے کہ اُس سے کوئی نفع حاصل ہوتا ہے۔ نہایت تند اصابتوں میں ممکن ہے کہ ایک انفی نلی (nasal tube) کی مدد سے غذا دینی پڑے۔ حال ہی میں پیرا تھارمون (parathormone) کے اشرابات سے جو کہ دماغی نخاعی سیال میں کیلشیم کو بڑھا دیتے ہیں، موافق نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ دس سال کے بچہ کے لئے اس کے ۵ قطرے شب کو اور صبح دئے جاتے ہیں، اور تین سال کے بچہ کے لئے ۳ قطرے دئے جاتے ہیں۔

التہابِ دروں قلبہ

(ENDOCARDITIS)

التہابِ دروں قلبہ، دوسرے بہت سے التہابی اعمال کی طرح، ہمیشہ دقیق عضویوں یا اُن کے سموم کے فعل کے باعث ہوا کرتا ہے۔ عام طور پر وہ حصے جو کہ پہلے مأوف ہوتے ہیں قلب کے بائیں جانب کے مصراع ہوتے ہیں، ضرر اکثر اُن ہی تک محدود ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ بالکل زائل ہو جائے، یا اگر کوئی خفیف سے آثار باقی رہتے ہیں تو وہ مصراعی ساخت کا نقصان ہوتا ہے، جس کے آخری نتائج تمامتر اُس مصراع کے میکانی فشل پر منحصر رہتے ہیں۔ یہ سادہ حاد التہابِ دروں قلبہ (acute endocarditis) ہے، اور مزمن التہابِ دروں قلبہ (chronic endocarditis) کی اصطلاح کا اطلاق مصراعوں کے اُن مستقل تشوہات اور تغیرات پر کیا جاتا ہے جو ایک سادہ حاد التہابِ دروں قلبہ کا نتیجہ ہوتے ہیں اور جو ممکن ہے کہ مابعد حاد حملوں سے زیادہ خراب ہو جائیں۔ لیکن یہ اصطلاح اس التہابی عمل کے لئے بھی استعمال کی جاتی ہے، جو ابتدا ہی سے مزمن ہو۔ دوسری اصابتوں میں، مصراعوں میں اس سے زیادہ وسیع تغیرات واقع ہو جاتے ہیں، نیز دقیق عضویے موجود ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ وہ جوئے خون کے ذریعہ جسم کے دور افتادہ حصوں تک پہنچ جائیں

اور اِسطرح مرض کے تازہ مرکز پیدا کردیں - اِس کو خبیث التہابِ دروں قلبہ (malignant endocarditis) کہتے ہیں -

حاد التہابِ دروں قلبہ

(acute endocarditis)

اسباب - حاد التہابِ دروں قلبہ، مریضوں کی نہایت غالب تعداد میں، ایک سرایت ہے جو حاد روماتزم کے تشنج کے باعث ہوجاتی ہے جس پر بحث کیجاچکی ہے - عموماً التہابِ عضلۂ قلب اِس کے ساتھ متلازم ہوتا ہے - حمیٰ قرمزیہ، خناق وبائی، تپ محرقہ اور دوسرے ساری امراض میں بھی حاد التہابِ دروں قلبہ واقع ہوجاتا ہے - کبھی کبھی وہ مرضِ برائٹ، آتشک اور دوسرے مزمن امراض کی ترقی کے دوران میں واقع ہوسکتا ہے - وہ مقامی تضررات، جیسے کہ سگمانما مصراع کے، یا احبال وتری کے اِنشقاق کے بعد، اور قلب کے ایک حصہ کی دوسرے حصے پر غیر فطری فِرک لگنے سے بھی واقع ہوسکتا ہے - غیر طبعی روزنوں میں سے خون کی رَوؤں کا گذرنا دروں قلبہ کا مقامی التہاب پیدا کرسکتا ہے - کسی ساری مرض سے مرنیوالے مریضوں کے مصراعوں، بالخصوص اُورطی مصراعوں پر دقیق روئیدگیوں کا نظر آنا نہایت عام ہے، اور اس سے جوئے خون کی منتہائی سرایت ظاہر ہوتی ہے -

حاد التہابِ دروں قلبہ کے جداگانہ بیان کی ضرورت نہیں، کیونکہ حاد روماتزم اور دوسرے ساری امراض کے تحت اس پر بحث ہوچکی ہے -

مزمن التہابِ دروں قلبہ

(chronic endocarditis)

(قلب کا مزمن مصراعی مرض)

مصراعی ضررات کا اضافی تواتر - التہابِ دروں قلبہ کا قلب کی دونوں جانبوں کے ساتھ کیا تعلق ہے، یہ امر بہت بڑی اہمیت رکھتا ہے - اگر التہابِ دروں قلبہ جنینی زندگی کے دوران میں ہو تو یقین کیا جاتا ہے کہ وہ ریوی یا ثُلثی مصراعوں

پر حملہ آور ہوگا، لیکن یہ امر بہت شاذ ہے کہ دورانِ زندگی میں اکتسابی طور پر ہونے والا التہابِ دروں قلبیہ صرف قلب کے دائیں جانب کے مصراعوں پر حملہ آور ہو۔ شفاخانہ گائی (Guy's Hospital) کے ۲۰۰۰ امتحانات بعد الممات میں ایسی مثال صرف ایک تھی۔ اس کے برعکس دائیں جانب کے التہاب دروں قلبیہ کا بائیں جانب کے التہاب دروں قلبیہ کے ہمراہ واقع ہونا اسقدر غیر عام نہیں ہے (18)۔ عام ترین واقعہ یہ ہے کہ بائیں جانب کے مصراع تنہا ماؤف ہوا کرتے ہیں۔ مطرانی مصراع کا مرض اس سے زیادہ عام ہوا کرتا ہے کہ جتنا اورطی مصراع کا مرض، کیونکہ روماتزمی تپ جو کہ مطرانی مصراع پر خاص طور پر حملہ آور ہوتی ہے، مصراعی مرض کی عام ترین پیش رو ہے۔ بازروی (regurgitation) بذاتِ خود، جیساکہ ایک اسی انکماشی خریر سے ظاہر ہوتا ہے، مطرانی دہنہ پر نہایت اکثر الوقوع واقعہ ہوتی ہے، اگرچہ اس میں شبہ ہے کہ یہ بازروی مرض مصراع کی وجہ سے ہوتی ہے یا ایک تسع مطرانی حلقہ کی وجہ سے۔ تسدد اور بازروی کا اجتماع تواتر کے لحاظ سے اس کے بعد آتا ہے، اور خالص مسدودی سب سے قلیل الوقوع ہوا کرتی ہے۔ لیکن کسی بھی قسم کے مطرانی مرض کی اصابتیں جو امتحان بعد الممات کے لئے آتی ہیں ان کی اکثریت میں ضیق پائی جاتی ہے۔ یہ اس واقعہ کی وجہ سے ہے کہ ضیق مطرانی مصراع کے طویل المدت التہاب کا قدرتی نتیجہ ہوتی ہے۔ اورطی دہنہ پر بازروی اس سے بہت زیادہ عام ہوتی ہے کہ جتنی مسدودی۔ روماتزمی اصابتوں میں اورطی مرض عموماً مطرانی مرض کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ حمیٰ قرمزیہ کے بعد ہونیوالی اصابتوں میں اس سے زیادہ تعداد میں اورطی مرض ہوتا ہے کہ جتنا حاد روماتزم کے بعد ہونے والی اصابتوں میں۔ خالص اورطی مرض آتشک کے باعث ہوتا ہے اور شاذ طور پر حاد روماتزم کی وجہ سے ہوتا ہے۔ قلب کے دائیں جانب پر ثلثی بازروی جو بالکل عام طور پر ملتی ہے وہ عضلی حلقہ کے اس اتساع کے باعث ہوتی ہے جو چپ جانبی فشل کے بعد ثانوی طور پر ہوتی ہے، اور اس وجہ سے وہ فی الحقیقت ایک مصراعی ضرر ہے ہی نہیں۔

تعویضی اتساع اور بیش پرورش اولاً قلب کے اس مخصوص کہفے کو ماؤف کرتے ہیں جس کے ساتھ ماؤف شدہ مصراع تعلق رکھتے ہیں۔ تاہم جب

تعویض کا فشل واقع ہوتا ہے تو قلب کے دوسرے کہفے بھی ماؤف ہو جاتے ہیں۔
مثلاً اگر بایاں بطین تتسع ہوجاتا ہے تو وہ عضلی حلقہ بھی جس سے مطرانی مصراع معلق ہے اس اتساع میں شریک ہوجاتا ہے۔ اس سے مطرانی بازروی پیدا ہوجاتی ہے۔ اس کے نتیجہ کے طور پر بائیں اُذین کا اور پھیپھڑوں کا احتقان پیدا ہوجاتا ہے اور ساتھ ہی ریوی خون کا دباؤ بڑھ جاتا ہے۔ اب اس مزاحمت کو دفع کرنے کے لیئے دایاں بطین بیش پرورده ہوجاتا ہے۔ اگر اس کہفہ کا اتساع واقع ہوجائے تو اس سے مثلثی بازروی اور ساتھ ہی شکمی احشاء کا احتقان پیدا ہوجاتا ہے۔
مصراعی مرض کے ساتھ اکثر عضلۂ قلب کا شحمی اور لیفی آسا انحطاط متلازم ہوتا ہے۔ یہ انحطاط اُسی سبب سے ہوسکتا ہے کہ جس نے ابتدائی مصراعی مرض پیدا کردیا ہو، مثلاً روماتزمی تپ، آتشک وغیرہ، یا یہ عضلۂ قلب کے تغذیہ کی کمی کا راست نتیجہ ہوسکتا ہے۔ آج کل اس خیال کی طرف رجحان ہورہا ہے کہ مصراعی مرض میں فشلِ قلب پیدا کردینے والا جو سب سے زیادہ اہم عامل ہے وہ عضلۂ قلب کی حالت ہے۔ اگرچہ ایسا مصراعی مرض جس کے ساتھ عضلۂ قلب کے تغیرات نہوں ورزش کے بعد سانس پھولنے اور خستگی کے علامات پیدا کرسکتا ہے، جس سے تعویض کا اضافی فشل ظاہر ہوتا ہے، تاہم غالباً یہ صحیح ہے کہ اگر عضلۂ قلب تندرست ہے تو تعویض کا کامل فشل واقع ہونے کا امکان بمشکل ہوگا۔ اس کے ساتھ ہی یہ ضروری ہے کہ قلب پر بحیثیت مجموعی غور کیا جائے۔ فی الحقیقت یہ ناممکن ہے کہ مصراعی مرض کے اثر کو عضلۂ قلب کے تغیرات کے اثر سے جدا کیا جائے، اسوقت جبکہ یہ دونوں ایک ساتھ موجود ہوں۔

اُورطی مرض

مرضی تشریح۔ اورطی مصراع کے مرض کے دو خاص اسباب ہیں۔ اولاً حاد روماتزم ہے۔ یہاں اُورطی مصراعوں کا مرض ۶۲ فیصدی اصابتوں میں مطرانی مصراعوں کے مرض کے ساتھ متلازم تھا۔ ۳۸ فیصدی میں اورطی مصراع تنہا ماؤف تھے۔ ثانیاً، آتشک ہے۔ یہ مرض عموماً اولاً التہاب اورطی پیدا کرتا ہے، اور اسی

عمل میں اُورطی مصراع بھی ماؤف ہو جاتے ہیں، لیکن مطرانی مصراع عموماً غیر متاثر رہتے ہیں۔ ۲۹۶ اصابتوں کے ایک سلسلہ میں حاد روماتزم ۵ء ۶۷ فیصدی میں وجہ مرض تھا، جن میں مرد اور عورتیں تقریباً مساوی تناسب میں تھیں آتشک (تین آدمی ایک عورت کے پیچھے) ۶ء ۱۸ فیصدی ہیں۔ اتھروما (تمام معمر مرد تھے) ۶ء ۸ فیصدی ہیں۔ دیگر اسباب ۱ء ۷ فیصدی ہیں۔

مرضی تشریح - اورطی مصراعوں میں یہ تغیرات ہوتے ہیں کہ اُن کے پٹوں کے قاعدوں کی طرف لیفی بافت سے دبازت پیدا ہو جاتی ہے، اُن کی آزاد کور نسبتہً کم حد تک دبیز ہو جاتی ہے، اور اُن کے نیم قطری ناپ چھوٹے ہو جاتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ پٹ دہنہ کو ڈھانکنے کے لئے باہم مل نہیں سکتے۔ قلب کی بیش پرورش بھی ملاحظہ ہو۔ 268

چونکہ تینوں پٹ جدا جدا ہوتے ہیں، لہٰذا مزمن التہاب انھیں ایک دوسرے سے علیحدہ طور پر سکڑا دیتا ہے، اور نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اورطی بازروی پیدا ہو جاتی ہے، نیز بازرو جوئے خون کی رگڑ کی وجہ سے دروں قلبہ کی دبازت واقع ہو جاتی ہے۔ اورطی کی دیوار پر اُس جگہ جہاں مصراعی فلقے باہم ملتے ہیں اُن تین نقطوں پر کسیقدر دبازت واقع ہو سکتی ہے اور یہ فلقے عموماً اِن تین نقطوں پر کسیقدر چپکے ہوئے ہوتے ہیں لیکن اتنے کافی نہیں چپکتے کہ جس سے فتحہ کی ضیق پیدا ہو جائے۔ مصراعوں کے لئے یہ کسیقدر شاذ ہوتا ہے کہ وہ باہم اتنے پیوستہ یا اتنے متکلس یا عظمی جماؤں سے اتنے دبیز ہو جائیں کہ خون کے بہاؤ میں مزاحمت پیش کریں (مطرانی مصراع کی صورت اِس سے بالکل متضاد ہے) لیکن جب ضیق موجود ہوتی ہے تو عموماً کسیقدر بازروی بھی ہوتی ہے۔ استثنائی طور پر یہ التصاق (fusion) اتنا مکمل ہوتا ہے کہ اُورطی کے اندر خون کے گذرنے کے لئے صرف ایک چھوٹا فتحہ رہ جاتا ہے، اور پھر بھی مصراع بخوبی بند ہو سکتا ہے۔ دوران خون پر متواتر اور مسلسل زور پڑتے رہنے سے، بالخصوص ہاتھوں کے زیادہ استعمال سے، جیسا کہ آہنگروں، آرہ کشوں، اور محنتی پیشہ کرنے والے دوسرے اشخاص میں واقع ہوتا ہے، ممکن ہے کہ یہ ضررات زیادہ شدید ہو جائیں۔ بعض اوقات ایک مصراع کا اسوقت جبکہ

وہ التہاب سے نرم پڑ گیا ہو ناگہانی انشقاق واقع ہو جاتا ہے۔

اُورطی ضیق

(aortic stenosis)

امراضیات - کونہیم (Cohnheim) کے اُن تجربات میں جو جانوروں پر کئے گئے، اُورطی کے گرد ایک بندش لگا کر اُسے بتدریج کس دیا گیا۔ اِس ضرر کی تعویض بطین کے عضلی انقباضات کی طاقت بڑھ جانے سے واقع ہوئی، بالفاظ دیگر قلب کی فی منٹ برآمد، اور شریانی اور وریدی دباؤ وہی رہے، لیکن دروں بطینی دباؤ بہت زیادہ بڑھ گیا، شرحِ قلب سُست ہو گئی، اور قلب کی اُس کوشش میں جو وہ اپنے مافیہا کو اِس مصنوعی طور پر بڑھی ہوئی مزاحمت کے مقابلہ میں باہر نکالنے میں صرف کرتا ہے، بطین کے انقباض کی حقیقی مدت زیادہ ہو گئی۔ قلب کا ناگہانی فشل صرف اُسی وقت واقع ہوا جبکہ ضیق ایک خاص حد تک پہنچ گئی۔

بالکل یہی حالات مرض سے پیدا شدہ اورطی ضیق میں بھی موجود ہوتے ہیں، بہ استثناء اِس کے کہ یہاں ضرر بتدریج ہوتا ہے، جس سے قلب کو توافق حاصل کر لینے کا وقت مل جاتا ہے۔ وہ زائد کام جو قلب کے ذمہ عائد ہو جاتا ہے بائیں بطین کی اوّلی بیش پرورش پیدا کر دیتا ہے۔ ایک غیر ترقی پذیر ضرر کی حالت میں یہ بیش پرورش خود اتنی کافی ہوتی ہے کہ ہر انکماش کے وقت بطین کو تنگ فتحہ کی راہ سے مکمل طور پر خالی کر دے۔ صرف اسوقت جبکہ تعویض کا فشل واقع ہونا شروع ہوتا ہے، بطین کا اتساع ہوتا ہے، اور یہ اتساع قلب کے دوسرے کھنڈوں میں پھیل جاتا ہے۔

علامات - خالص اورطی ضیق میں، جو بیان کردہ وجوہات کی بنا پر ایک استثنائی حالت ہے، خریر انکماشی ہوتا ہے، جو دوسری دائیں بین الاضلاع فضا میں عظم القص کے قریب سنائی دیتا ہے اوپر کو دائیں ترقوہ ہڈی کی طرف تعاقب شدہ ہوتا اور سباتی شریانوں میں سنائی دیتا ہے، اور اُس کے ساتھ عموماً اُسی مقام پر ایک کرختت انکماشی ذبذبہ محسوس ہوتا ہے۔ نبض اکثر ایک میمز خاصہ کی ہوتی ہے۔

خون کی رَو میں ایک رکاوٹ حائل ہونے کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ نظامی شرائین کے دموی عمود پر بطینی انقباض کا پورا اثر نہیں پڑ سکتا، اور یہ محسوس کیا جا سکتا ہے کہ نبض کی ناگہانی مفقود ہوگئی ہے اور وہ بالکل آہستہ آہستہ اٹھتی ہے۔ ایسی حالت میں ترسیمِ نبض شماوقی ہوتی ہے، یعنے قرعی موج اپنے بعد کی جزری موج کی نسبت نیچی ہوتی ہے اور جزوِ صاعد پر ایک ارتفاع کے طور پر ظاہر ہوتی ہے۔ اِس شکل کی انتہائی قسم میں یہ موج گول بنجاتی ہے یا بالکل غیر موجود ہوتی ہے، اور اس کی ترسیم اُس ترکسیم سے مشابہ ہوتی ہے جو صفحہ 308 پر شکل ۱۴ الف میں دکھلائی گئی ہے۔ جَس کرنے پر یہ نبض غیر کثیر الوقوع اور سست رفتار (نبض بطی = pulsus tardus) ہوتی ہے۔ جب اورطی ضیق کامل طور پر تعویض یافتہ ہو تو ممکن ہے کہ مریض میں کوئی علامت نہو۔ دوسری اصابتوں میں سینہ میں درد اور ضیق کا احساس دیکھنے میں آسکتا ہے۔ جب تعویض کا فشل ہونا شروع ہوتا ہے تو سانس کا پھولنا اور وریدی امتلاء کے آمارات مشاہدے میں آتے ہیں۔

اُورطی بازروی

(aortic regurgitation)

امراضیات ۔ اگر کسی جانور میں ایک اُورطی مصراع کو تجربتہً متفرر کیا جائے تو جیسا کہ اُورطی ضیق میں ہوا کرتا ہے، تعویض فی الفور واقع ہوجاتی ہے۔ قلب کی برآمد غیر متاثر رہتی ہے، اور وریدی دباؤ غیر متغیر رہتا ہے۔ تاہم انکماشی دباؤ بہت زیادہ اور انبساطی دباؤ بہت کم ہوجاتا ہے، اور اِن دونوں دباؤں کے درمیان کا اُوسط تقریباً اُتنا ہی رہتا ہے جتنا کہ پہلے تھا۔

269

یہ پایا گیا ہے کہ طبعی انسانی قلب بحالتِ آرام شریانی نظام کو فی منٹ خون کے تقریباً ۶ لیٹر (یا تدریجی طور پر فی ضرب ۸۰ سی۔سی) پہنچاتا رہتا ہے۔ یہ وہ مقدار ہے جو خود قلب، دماغ اور دوسرے اعضاء کے تغذیہ کے لئے ضروری ہے۔ دورانِ ورزش میں فی منٹ ۱۲ لیٹر قلب کے اندر ہو کر گذرتے ہیں۔ فرض کر لیجیئے کہ اورطی مصراع کی عدمِ کفایت (incompetence) کا نتیجہ یہ ہو کہ باہر بھیجے ہوئے

خون میں سے آدھا خون ہر انبساط کے دوران میں بائیں بطین کے اندر واپس چلا جاتا ہو۔ ایسی صورت میں، چونکہ تعویض یافتہ ضرروں میں قلب کی شرح وہی رہتی ہے، لہذا قلب کے ۶ لیٹر فی منٹ خون کی رسد قائم رکھنے کے لئے یہ ضروری ہے کہ ہر ضرب پر اورطی مصراعوں کی راہ سے ۱۶۰ سی۔سی باہر بھیجے جائیں۔ اِس کے یہ معنے ہیں بائیں بطین کو بجائے ۸۰ سی۔سی کے ۱۶۰ سی سی کی گنجائش مستقلاً رکھنی چاہئے۔ اِسی واسطے اورطی بازروی میں بائیں بطین کا اوّلی اتساع واقع ہوجاتا ہے۔ لیکن اِسی کے ساتھ عضلی دیوار کی ایک ثانوی بیش پرورش بھی واقع ہوجائیگی، کیونکہ بائیں بطین کا کام بڑھ گیا ہے اور اب اُسے تہرائین میں کے دباؤ کے مقابلہ میں اورطی مصراع کی راہ سے بجائے ۸۰ سی۔سی کے ۱۶۰ سی۔سی خون باہر بھیجنا پڑتا ہے۔

و

ب

شکل ۸۴۔ الف۔ اورطی بازروی کی نبض۔ دباؤ ۳ اونس۔ ب۔ اورطی بازروی کی نبض۔ دباؤ ۴½ اونس۔

دورانِ ورزش میں نہ صرف قلب زیادہ سرعت کے ساتھ ضرب لگاتا ہے بلکہ خون کا حجم جو ہر ضرب کے ساتھ باہر نکلتا ہے وہ بھی زیادہ ہوجاتا ہے۔ فرض کیجئے کہ ہر ضرب کے ساتھ کی برآمد دوگنی ہوجاتی ہے، تو ایسی صورت میں بازروی کی اصابتوں میں قلب کو ہر ضرب کے ساتھ بجائے ۱۶۰ سی۔سی کے جو طبعی حالت میں باہر نکلتے ہیں، اب ۳۲۰ سی۔سی نکالنے پڑینگے۔ یہ عارضی اتساع امراضیاتی حالتوں میں غالباً اُس سے بہت زیادہ ہے جتنا ایک قلب میں اِس کی گنجائش ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قلب خون کی یہ مطلوبہ مقدار بہم پہنچانے کے ناقابل ہوجاتا ہے۔ اِس سے ایسے ضررات میں قلب کی محفوظ قوت کے ضیاع کی مثال ملتی ہے جو بحالتِ سکون کامل طور پر تعویض یافتہ ہوتے ہیں۔

طبیعی امارات۔ اورطی بازروی کی اصابتوں کی ممیز خصوصیت وہ خریر ہے جو پہلے بیان ہو چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 221)۔ بعض اوقات یہ خریر صرف ایک چوٹی سماع الصدر کی وساطت سے یا دیوار سینہ پر کان کو راست لگانے سے سنا جا سکتا ہے۔ کبھی کبھی یہ بالکل سنائی نہیں دیتا۔ ایک اورطی انبساطی خریر کے ساتھ نہایت عام طور پر اورطی رقبہ میں ایک انکماشی خریر ہوتا ہے جو اوپر کو گردن میں تعاقب پذیر ہوتا اور نام نہاد پیش لبسی خریر بناتا ہے۔ اِس سے یہ مراد نہیں کہ متلازم ضیق بھی موجود ہے، تاوقتیکہ اُس کے دوسرے امارات نہ ہوں، مثلاً ایک ذبذبہ، یا ایک شہوتی یا دو ضربی نبض (bisferiens pulse) کیونکہ کرخت یا ناہموار مصراع دورانِ انکماش میں ایک منجدھار (fluid vein) اور گرداب آرَوئیں پیدا کر سکتے ہیں، بلا اس کے کہ کوئی ضیق موجود ہو۔ اورطی بازروی کا مثالی خریر اکثر اوقات ایک انبساطی یا قبل انکماشی خریر کے ساتھ بھی متلازم ہوتا ہے، جو راس پر سنا جاتا ہے، حالانکہ مطرانی مصراع بالکل تندرست ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ اِس خریر کے ساتھ ایک ذبذبہ بھی ہو۔ اس تلازم کو فلینٹ (Flint) نے ۱۸۶۲ء میں بیان کیا تھا، چنانچہ یہ خریر اُسی کے نام سے منسوب ہے (نیز ملاحظہ ہو صفحہ 261)۔ اورطی بازروی میں قلب تمسع اور بیش پرورده ہوتا ہے، اور صدم نیچے کی طرف اور قدرے باہر کو منتقل ہو جاتا ہے۔

انکماشی دباؤ نبضی فشار پیما (sphygmomanometer) سے امتحان کرنے پر اکثر بڑھا ہوا پایا جاتا ہے، اس کے برعکس انبساطی دباؤ نہایت کم ہوتا ہے۔ واقعہ یہ ہے کہ اُس وقت جبکہ بازوبند میں کوئی دباؤ نہ ہو عضدی شریان پر ایک بلند انکماشی خریر کا سنائی دینا بالکل عام ہے، جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ انبساطی دباؤ گر کر صفر تک آ جاتا ہے۔ جب کبھی کسی مریض کے امتحان میں انبساطی دباؤ ۵۰ ملی میٹر سے نیچے پایا جائے تو یہ واقعہ اورطی بازروی کے اِمکان کی بڑی دلالت ہے! اورطی بازروی میں یہ بھی پایا جاتا ہے کہ انکماشی دباؤ عضدی شریان کے نسبت فخذی شریان میں زیادہ بلند درجہ کا ہوتا ہے۔ موج نبض کے یکایک صعود کرنے اور سا وہ یکایک نزول کرنے سے اُنگلی کو ایک عجیب حِس حاصل ہوتی ہے، جو مختلف ناموں سے ظاہر کی جاتی ہے جو اِس قسم کی نبض کو دیئے گئے ہیں، مثلاً رفسی (kicking)

270

رشحی (splashing)، مطرقی (water-hammer) اور طلقی (shotty)۔ اسے نبض سریع (pulsus celer) بھی کہتے ہیں۔ شریانوں میں انبساط اور انقباض کی ناگہانی اور وسیع حرکات سارے جسم پر نمایاں اثرات پیدا کردیتے ہیں۔ گردن کی رگیں پھڑکتی ہوئی دکھلائی دیتی ہیں اور اکثر درد کے ساتھ پھڑکتی ہیں، اصبعی شریانیں (digital arteries) غیر معمولی طور پر صاف محسوس کی جاسکتی ہیں، اور چشم بین کے ذریعہ سے شبکیتی شرائین کا نبضان بہ آسانی نظر آسکتا ہے۔ اِس کی توجیہ حسب ذیل ہے:۔ شریانی انبساطی دباؤ ادنیٰ درجہ کا ہوتا ہے، اور اِس دباؤ کے خلاف بیش پرورد قلب خون کے ایک غیر معمولی طور پر بڑے حجم کو تیز شرح سے باہر بھیجتا ہے، جس سے ایک غیر معمولی طور پر بلند درجہ کا اِنکماشی دباؤ پیدا ہوجاتا ہے۔ یہ دباؤ سرعت کے ساتھ گر کر کم ہوجاتا ہے، کیونکہ قلب جس سرعت کے ساتھ اپنے مافیہ کے آخری حصے کو اورطی کے اندر خالی کرتا ہے خون اُس کی نسبت زیادہ تیزی کے ساتھ محیط کے اندر چلا جاتا ہے۔ یہ ناگہانی اور سریع سقوط ایک ٹپکنے والے مصراع کی راہ سے قلب کے اندر خون واپس چلے جانے کی وجہ سے نہیں ہوتا (گو ادنیٰ انبساطی دباؤ اِسی وجہ سے ہوتا ہے)، کیونکہ یہ سقوط دوضربی کٹاؤ سے پہلے واقع ہوتا ہے (ملاحظہ ہو شکل ۴۰ الف)۔ ایسا ہی ایک مظہر سر کے لئے دار جھٹکوں پر مشتمل ہوتا ہے، جو نبض کے ساتھ ہم زمان ہوتے ہیں (امارتِ مسیٹ: signe de Musset)- یہ اورطی بازروی کے ساتھ مخصوص نہیں، بلکہ اورطی انورسما میں اور بڑے پلورائی انصبابات میں بھی واقع ہوتا ہے۔

اورطی عدم کفایت (aortic incompetence) شعری نبضان بھی پیدا کرسکتی ہے۔ یہ ناخنوں کے نیچے، گالوں میں، یا متسع عروق شعریہ کے اُس رقبہ میں دیکھا جاسکتا ہے جو سطح پیشانی پر ایک تیز نوک کھینچنے سے پیدا ہوجاتا ہے، یا اُلٹائے ہوئے نیچے کے لب کی غشائے مخاطی پر ایک خرد بینی شیشہ کا شریحہ دبانے سے۔ دونوں حالتوں میں زیر مشاہدہ عروقی رقبہ ہر ضرب قلب کے ساتھ متبادلاً زیادہ سیاہ اور زیادہ شاحب ہوجاتا ہے۔

علامات - اورطی بازروی کے علامات مطرانی مرض کے علامات سے نمایاں طور پر مختلف ہوتے ہیں۔ یہ اِس واقعہ کی وجہ سے ہے کہ قلب سے حاصل

ہونے والی شریانی رسد اسوقت کم ہوجاتی ہے جبکہ ابھی پھیپھڑوں میں کوئی امتلاء واقع نہیں ہوتا۔ اول الذکر ایسے علامات پیدا کردیتی ہے جو دماغی عدم دمویت کی طرف منسوب ہوسکتے ہیں، اور اِس سے دوران سر اور غشی کے ناگہانی حملے ہوتے ہیں۔ بیخوابی اور اور ناک سے خون بہنا دوسرے عام علامات ہیں۔ مریض اکثر علیم الدّم ہوتے ہیں، اُن کا چہرہ اور لب اور مخاطی اغشیہ مشاحب ہوتے ہیں۔ سانس کا پھولنا اکثر نہیں ہوتا۔ اکثر اوقات یہ پہلے پہل رات کے وقت دوری حملوں یا چین اسٹوکس تنفس کی صورت میں نمودار ہوتا ہے، جو کہ چپ جانبی فشل اور نتیجۃً ریوی احتقان کے ساتھ متلازم ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 252)۔ بعد میں اگر سارا قلب فشل پذیر ہونا شروع ہو تو وریدی امتلاء کے تمام علامات و امارات ظاہر ہوجاتے ہیں۔ تحت القص درد اور طی بازروی میں عام ہے، اور ذبحۂ صدریہ کے مثالی حملے واقع ہوسکتے ہیں۔ مریض کبھی کبھی غشیان کے ناگہانی حملوں سے مرجاتے ہیں اور ممکن ہے کہ یہ قلب کے تائیمی امتناع کے باعث ہوتے ہیں۔

مطرانی مرض

(mitral disease)

مرضی تشریح ۔ مطرانی مرض کا معمولی سبب حاد روماتزم یا دوسری نبقی سبجی سرایت ہے، نہ کہ آتشک۔

التہابی تغیر اصل ان تغیرات سے مماثل ہیں جو حاد روماتزم کی وجہ سے اورطی مرض میں پیدا ہوجاتے ہیں، لیکن نتائج مصراع کی ساخت کی وجہ سے بالکل مختلف ہوتے ہیں۔ مطرانی مصراع کے دو پٹوں کا ذکر کرنا فی الحقیقت ایک غلط طرز بیان ہے۔ مطرانی مصراع دراصل ایک جھالر یا پردہ ہے جو دہنہ کو گھیرے ہوئے ہے، اور یہ ایک جانب پر زیادہ نمو یافتہ ہوکر مطرانی مصراع کا اورطی پٹ بنا دیتا ہے۔ لیکن نام نہاد حاشئی پٹ ایک جداگانہ ساخت کے طور پر کبھی موجود نہیں ہوتا۔ التہاب اِس مصراع کی دبازت اور اِس کا اوپر سے نیچے کو قصر پیدا کردیتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اُس کے بند ہونے پر پورا توافق نہیں ہوتا اور بازروی پیدا ہوجاتی ہے۔ لیکن میطلی طور پر بھی

مصراع کا قصر واقع ہوجاتا ہے، جس سے ضیق پیدا ہوجاتی ہے، اور التہاب جس قدر زیادہ عرصہ تک جاری رہتا ہے ضیق اُسیقدر زیادہ ہوتی ہے۔ قصر کی یہ دونوں قسمیں اکثر ساتھ ساتھ موجود ہوکر ایک دوہرا ضرر پیدا کردیتی ہیں۔ خفیف التہاب اتنا کافی محیطی قصر نہیں پیدا کریگا کہ جس سے سریریاتی ضیق پیدا ہوجائے، گو اُس سے بازروی پیدا ہوسکتی ہے۔ ممکن ہے کہ شدید التہاب تنہا بازروی، یا تنہا ضیق پیدا کردے، یا زیادہ عام طور پر دونوں کو بیک وقت پیدا کردے۔ ضیق کی موجودگی ہمیشہ مصراع کی شدید سرایت ظاہر کرتی ہے۔ بعد الممات امتحان بھی ظاہر کرتا ہے کہ مطرانی مرض میں احبال وتری موٹے اور چھوٹے ہوگئے ہیں، حقیقۃً اتنے چھوٹے کہ مصراعی پردہ عضلات حُلیمیہ کے ساتھ مسلسل ہوتا ہے، اور وہ خود بھی لیفی تغیر سے ماؤف ہوتے ہیں۔ ضیق کی بعض اصابتوں میں محیطی قصر واقع ہوتا ہے بغیر اس کے کہ اوپر سے نیچے کی طرف زیادہ قصر واقع ہو۔ دوسری اصابتوں میں دونوں قسموں کا قصر موجود ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مصراع کی کثیف سطح میں اُذینی جانب پر صرف ایک تنگ جِھری نظر آتی ہے۔ اِس طرح قیف نما اور کاج نما دہنوں کی تفریق کی جاتی ہے، اور اول الذکر بچوں میں نسبتۃً بہت زیادہ اکثر الوقوع معلوم ہوتا ہے [۵ اور ۸ کی نسبت میں البٹ (Allbutt)] اور آخر الذکر بالغوں میں (۲۵ اور ۸ کی نسبت سے)۔

مطرانی ضیق کو مزمن سرایت یا مصراع پر حاد سرایت کے مکرر حملوں کا نتیجہ سمجھنا چاہئے، جو پٹوں کا انضمام تقبض اور دبازت پیدا کردیتے ہیں۔ اُس کی نموبابی کے لئے چندسال کی ضرورت ہوتی ہے۔ اِس سے اِس واقعہ کی توضیح ہوتی ہے کہ وہ بچوں میں اکثر نہیں پائی جاتی، اگرچہ وہ بلوغ کے بعد سے پائی جاتی ہے۔ اِس کے برعکس مطرانی بازروی مصراعی التہاب کی کم شدید شکل ہے جو کہ حاد روماتزم کی ہی وجہ سے ہوتا ہے۔

علامات اور طبیعی امارات۔ بعض عام علامات اور امارات ایسے ہوتے ہیں جو بڑی مدتک وریدی امتلا کا نتیجہ ہوتے ہیں، اور مطرانی بازروی اور ضیق دونوں میں مشترک ہوتے ہیں، اور یہاں اِنھیں پر غور کیا جائے گا۔ ابتدائی علامات

بالخصوص ورزش کے بعد دیکھے جاتے ہیں ۔ وہ سانس کا پھولنا اور خستگی کا احساس ہے۔ اِن پر قلب کے مقام پر دَرد، اختلاج، اور پاؤں کے وَرم کا اضافہ کیا جا سکتا ہے ۔ اور ممکن ہے کہ یہ ابتدائی درجہ کئی سال تک جاری رہے۔ مابعد درجہ سے پہلے ایک برزخی درجہ کا وقوع اکثر فعلِ قلب کی بیقاعدگی کی بیان کردہ شکلوں میں کسی ایک شکل (مثلاً قبل از وقت ضربات، اور بالخصوص اُذینی ریشکی انقباض) کے ساتھ ہمزمان طور پر واقع ہوتا ہے، اور اب نبض، جو پہلے منتظم اور کسیقدر کثیرالوقوع تھی، توازن اور قوّت دونوں میں بہت غیر منتظم ہوجاتی ہے ۔جب مابعد درجہ آپہنچتا ہے تو علامات بڑی حد تک دوران خون کے اختلال کا اور سیلان خون کے ابطاء کا نتیجہ ہوتے ہیں، جس کے اثرات جسمانی اعضاء پر بیان کئے جا چکے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 252) ۔اِسطرح پھیپھڑوں کے مجہول امتلاء کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ مریض کھانسی، مخاطی نفث، اور گاہ بگاہی نفث الدم میں [جو متذکرۂ بالا ریوی انغامات (pulmonary infarcts) سے پیدا ہوسکتا ہے]، شبانہ یا مسلسل انتصابی تنفس میں، اور خفیف ترین زور لگانے پر بُہر میں مبتلا ہوجاتا ہے ۔ امتحان کرنے پر دایاں اُذین متسع پایا جائیگا، اور ساتھ ہی اُسکی آواز میں کمی اور عظم القص سے ایک انچ یا زائد داہنے طرف کو نبضان ہوگا۔ ریوی رقبہ میں دوسری آواز میں تفخیم ہوجائیگی اور شراسیفی نبضان سے دائیں بطین کی جِش پرورش ظاہر ہوگی۔ پھیپھڑوں کے قاعدوں پر تکتکات سنائی دینگے، اور ترقی یافتہ اصابتوں میں اَصمّیت پائی جائے گی اور ساتھ ہی جو فیزی خریر میں کمی اور لمسی ارتعاش میں کمی ہوگی۔ لبوں، گالوں، کانوں اور اطراف کے گہرے سرخ رنگ یا حقیقی زراق سے، گردن کی بڑی وریدوں کی پُری اور نبضان سے، اور استسقائے لحمی کے وقوع سے عام وریدی رکود ظاہر ہوتا ہے ۔ممتلی جگر بڑا اور چکنا ہوتا ہے اور شاید ناف کے لیول تک پہنچتا ہے، اور اگر اسکا امتلاء حاد طور پر ہوا ہے تو ممکن ہے کہ یہ دردناک ہو، اور اس میں نبضان ہوتا ہے ۔ جلد کسیقدر یرقانی ہوتی ہے، پیشانی کی زرد جھلک لبوں اور گالوں کی گہری سرخی کے ساتھ ملکر مریض کی شکل و صورت کو نہایت مُمیز بنادیتی ہے۔ سوء ہضم کے علامات بھی ہونگے ۔گردوں کا افراز بھی متاثر ہوجاتا ہے اور بول قلیل المقدار، شائد گھٹ کر روزانہ ۱۰ یا ۱۵ اونس ہوجاتا ہے، اُس کا رنگ گہرا ہوتا

ہے، وہ یوریٹس کی بڑی مقداروں کو مطروح کرتا ہے اور اس میں البیومن اور فائبرینی سائنک موجود ہوتے ہیں۔ البیومن کی مقدار عموماً تھوڑی ہوتی ہے اور قلب کی کارکردگی کے ساتھ معکوس تناسب میں متغیر ہوتی ہے۔ غنودگی یا بے چینی سے، اور ترقی یافتہ اصابتوں میں کبھی کبھی ہذیان ہونے سے، دماغ کے دوران خون کا متاثر ہونا ظاہر ہوتا ہے۔ بالآخر فشل قلب سے، اذیمائی شش اور خستگی سے، یا خبیث التہابِ درونِ قلبیہ یا دوسری پیچیدگی سے موت واقع ہو جاتی ہے (نیز ملاحظہ ہو صفحہ 275)۔

272

مطرانی بازروی

(mitral regurgitation)

امراضیات ۔ چونکہ ہر انکماش کے ساتھ خون بائیں اُذین کے اندر واپس جاتا ہے، لہٰذا اس ضرر کی تعویض بائیں بطین اور بائیں اُذین کے اوّلی اتساع سے ہوتی ہے، جس کی وجہ درج ذیل ہے:۔ دورانِ انکماش میں اُذین کے اندر وہ خون داخل ہوتا ہے جو مطرانی مصراع کی راہ سے پھر واپس ٹپک آتا ہے، لیکن ساتھ ہی اُذین میں خون کا وہ مقررہ طبعی حصہ بھی پہنچ جاتا ہے جو اُسے پھیپھڑوں سے ملتا ہے۔ لہٰذا اس کا متسع ہو جانا ایک ضروری امر ہے۔ یہ تمام خون بطین کے اندر چلا جاتا ہے اور اسے قبول کرنے کے لئے بطین کا متسع ہونا بھی ایک لازمی امر ہے۔ اُذین اور بطین کو پُر کرنے میں جو زائد از معمول کام پیش آتا ہے وہ بڑی حد تک دائیں بطین کو انجام دینا پڑتا ہے، اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ دایاں بطین ثانوی بیش پرورش حاصل کر لیتا ہے، جس سے اُس کے اندر زیادہ خون سما سکتا ہے اور ہر ضرب کے ساتھ اورطی میں اُس کا پورا حصہ پہنچ سکتا ہے۔ بائیں بطین کی بیش پرورش اتنی بیّن نہوگی جتنی کہ اورطی بازروی میں ہوتی ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ اُس خون کے متعلق جو بذریعہ بازروی اُذین کے اندر واپس چلا جاتا ہے کوئی کام انجام نہیں دیا جائیگا، کیونکہ اُذین میں دباؤ کم ہوتا ہے۔

طبیعی امارات یہ ہوتے ہیں:۔ صدم القلب کا باہر کی طرف ہٹ جانا، پھونکدار انکماشی خریر جو راس پر بلند ترین سنا جاتا ہے اور پہلے بیان ہو چکا ہے۔

مطرانی ضیق

(mitral stenosis)

امراضیات ۔ خاص مطرانی مصراعی ضیق میں قلب پر اوّلی اثر بائیں اُذین کی بیش پرورش ہے، لیکن کچھ عرصہ کے بعد یہ اتساع بھی پیدا کر دیتی ہے، بالخصوص جبکہ ابتدائی فشلِ قلب بھی موجود ہو دایاں بطین بیش پرورده ہو جاتا ہے، جس سے ریوی نظام میں فشارِ خون کا ارتفاع پیدا ہو جاتا ہے جو تنگ شدہ مصراع کی مزاحمت کا مقابلہ کرتا ہے ۔ جب تعویض کا فشل شروع ہوتا ہے تو نہ صرف پھیپھڑوں میں امتلاء واقع ہو جاتا ہے، بلکہ بائیں بطین کو بھی خون اُس کی طبعی مقدار سے کمتر پہنچتا ہے ۔ یہ کہفہ نسبتہً چھوٹا ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ بطینی دیوار کسی حد تک حقیقتہً مذبول ہو جائے، اور طویل المدت اصابتوں میں اورطی معمول کی نسبت چھوٹا ہو جاتا ہے ۔ مطرانی ضیق کی بیشتر اصابتوں کے ساتھ کسیقدر مطرانی بازروی بھی موجود ہوتی ہے ۔

طبیعی امارات ۔ مطرانی ضیق کے خریرات اور اُن کا طریقِ پیدائش بیان ہو چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 221) ۔ وہ اکثر راس کے مقام پر محدود ہوتے ہیں اور عموماً اُن کے ساتھ ایک ذبذبہ ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 217) ۔ خریرات کا تغیر بالاختصار درج ذیل ہے :۔ جب قلب سست رفتاری سے ضرب لگاتا ہو اور ضیق خفیف ہو تو بیش پرورده اُذین کے سبب سے ایک اذینی انکماشی خریر سنائی دیتا ہے ۔ جب ریشکی انقباض طاری ہو جاتا ہے تو یہ خریر بکلیہ غائب ہو جاتا ہے ۔ اگر قلب کا فعل سست، لیکن ضیق نسبتہً زیادہ ہو تو سارے انبساط کے دوران میں خریرات سنائی دیتے ہیں، جو وسط انبساطی اور اُذینی انکماشی خریرات ہوتے ہیں ۔ بعض اوقات یہ وسط انبساطی اور اُذینی انکماشی خریرات ایک ہی مریض میں اکثر مرتبہ تبادل کرتے ہیں ۔ اِن میں سے ہر ایک کی بجائے ایک بظاہر متضاعف دوسری آواز پیدا ہو سکتی ہے جو راس پر سنائی دیتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 218) ۔ اُذینی ریشکی انقباض کی حالت میں، جب ضربات کے درمیان کا وقفہ طویل ہوتا ہے تو خریرات انبساط کے اوّلی حصوں میں واقع ہوتے ہیں، اور جب وقفہ مختصر ہوتا ہے تو خریرات پورے انبساطی فاصلہ میں موجود

رہتے ہیں۔ طبعی لے اور اُذینی ریشکی انقباض ہر صورت میں جب فعل قلب تیز ہو تو خریرات پورے انبساطی فاصلہ میں واقع ہونے کا رجحان رکھتے ہیں، لیکن اکثر اُن کا سننا ہی نہایت مشکل ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ محض پہلی آواز شدت کے ساتھ مفخم ہو، اور دوسری آواز راس پر سنی ہی نہ جاسکے۔

ابتدائی درجوں میں قلب کی کلانی موجود نہیں ہوتی، لیکن آخری درجوں میں، جبکہ یا تو مثلثی (tricuspid) یا مطرانی بازروی طاری ہوجاتی ہے، عمومی کلانیٔ قلب واقع ہوجاتی ہے۔

علامات۔ مطرانی ضیق اکثر بالکل ابتداہی میں، پھیپھڑوں کی امتلاء کی وجہ سے نفث الدم پیدا کردیتی ہے، اور دماغی عدم دمویت کے باعث دوران سر اور غشی کے حملے بھی، اور مطرانی بازروی کی نسبت زیادہ اکثر فالج نصفی (hemiplegia) کا سبب ہوا کرتی ہے، اور یہ فالج دماغی شرائین کی سدادیت کے باعث ہوا کرتا ہے۔ سدادت دائیں اُذین میں علقات ہوجانے کی وجہ سے پیدا ہوجاتی ہے، جو مرض کے آخری درجوں میں خون کے رکود کے سبب سے بنجاتے ہیں۔ دوسرے عام علامات بیان کئے جاچکے ہیں۔

273

یمینی مصراعی مرض

مُثلّثی بازروی (tricuspid regurgitation)۔ اگرچہ مثلثی عدم کفایت ایک نہایت عام حالت ہے، وہ عموماً دائیں بطین کے اتساع کی وجہ سے ہوا کرتی ہے، جو مطرانی مرض، ریوی ضیق (pulmonary stenosis)، عضلۂ قلب کے مرض، اور پھیپھڑوں میں تسدد پیدا کردینے والی دوسری حالتوں (نفاخ، التہاب شعبہ، دمہ، لیفی سل ریوی) کے ساتھ متلازم پایا جاتا ہے۔ اِس سے بھی زیادہ شاذ طور پر وہ ویسے ہی عضوی مرض کے باعث ہوا کرتی ہے جیسا کہ مطرانی مصراع پر حملہ آور ہوتا ہے۔ اُس کے ساتھ عموماً دائیں اُذین کے اتساع کے ظواہر، اور مختلف درجہ کا اُذیما، استسقائے کلی اور وریدی امتلاء موجود ہوتے ہیں جن سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ دائیں قلب اور پھیپھڑوں میں خون کی واپسی میں دقت موجود ہے۔ اِن کا بیان

پہلے ہی مطرانی مرض کے اواخری علامات کے تحت درج ہوچکا ہے۔ مثلثی بازروی کا خریر پہلے بیان ہوچکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 222)۔ بعض اوقات اُس کے ساتھ عظم القص کے زیریں سرے پر ایک انکماشی ذبذبہ موجود ملتا ہے۔ اندرونی وداجی ورید کا وہ نبضان، جو ان حالات میں ہوا کرتا ہے، ممکن ہے کہ نہایت نمایاں ہو، اور گردن کی جانب پر سباتی شریان کے مُرسے پیچھے کو، کان اور ترقوی ہڈی کے درمیان، ارتفاع وانخفاض کی ایک تموّجی حرکت پیدا کردے۔ ممکن ہے کہ بیرونی وداجی ورید بھی ساتھ ساتھ نبضان ظاہر کرے۔ دائیں بطین کے انقباض کا زور کبدی وریدوں میں بھی منتقل ہوکر کبدی وریدی نبض (hepatic venous pulse) یا کبدِ نابض (pulsating liver) پیدا کرسکتا ہے۔ یہ عضو عموماً بہت بڑا ہوجاتا ہے اور اپنی ساری سطح پر پھڑکتا ہوا محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اور یہ نبضان بعض اوقات پیچھے کو دائیں کوکھ میں آخری پسلی کے نیچے بھی منتقل ہوجاتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ سامنے اور پیچھے رکھے ہوئے ہاتھوں کے درمیان جگر پھیلتا ہوا محسوس کیا جاسکتا ہے۔

مُثلثی ضیق (tricuspid stenosis) نسبتہً کم عام ہے، اور عموماً دوسرے کسی مصراع کے مرض، بالخصوص مطرانی ضیق، کے ساتھ مشاہدہ میں آتا ہے۔ مثلثی بازروی میں جو علامتیں دیکھی جاتی ہیں اُن کے علاوہ علامات کا اور کوئی خاص گروہ اس کے سبب سے نہیں پیدا ہوتا۔

ریوی مصراعات کا مرض اگر زیادہ مدت کا ہو تو بیشتر پیدائشی ہوتا ہے، اور اگر حاد ہو تو خبیث التہابِ درون قلبہ (malignant endocarditis) کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اول الذکر صورت میں ریوی ضیق (pulmonary stenosis) جو درون بطینی فاصل کے انشقاب کے ساتھ متلازم ہو، ایک عام حالت ہوا کرتی ہے اور بعد میں بیان کی جائے گی (ملاحظہ ہوں پیدائشی تشوہات)۔

ریوی بازروی (pulmonary regurgitation) بعض اوقات مطرانی مرض کے نتیجہ کے طور پر واقع ہوتی ہے، کیونکہ مصراعات شریان ریوی میں کے بڑے دباؤ کے متحمل نہیں ہوسکتے۔ عظم القص کی بائیں جانب کے برابر ایک انبساطی خریر سنائی دیتا ہے۔

خبیث التہاب دروں قلبیہ' ریوی دہنہ پر بھی اور ٹی مرض کے خریر جیسا ایک دُہرا خریر (انکماشی اور انبساطی) پیدا کر سکتا ہے' اور یہ علی الترتیب خریرات پہلے بیان کیا ہوا محل وقوع رکھتے ہیں۔ ایسی اصابتوں میں جو علامات ظاہر ہوتے ہیں اُن کی تفصیل پہلے درج ہو چکی ہے (ملاحظہ ہو خبیث التہاب دروں قلبیہ)۔

مزمن مصراعی مرض کی تشخیص' انذار اور تحریز

تشخیص۔ مصراعی مرض قلب کی تشخیص میں بہت سے سوالوں پر غور کرنا پڑتا ہے۔ اس امر کی تعیین کرنی پڑتی ہے کہ:۔ (۱) آیا خریر ایک مصراعی ضرر کے باعث ہے یا اور کسی دروں قلبی یا بروں قلبی سبب کی وجہ سے۔ اول الذکر میں عضلی دیواروں کا تغیر بھی شامل ہے۔ (۲) خریر کس دہنہ پر پیدا ہوتا ہے' اور اگر دو خریر ہیں' تو آیا اُن میں سے ایک خریر کا انحصار دوسرے پر ہے۔ اور (۳) یہ کہ قلب کی فعلی قابلیت یعنے ورزش کرنے پر قلب کی مجیبیت کیسی ہے اور اس کے متعدد کہفوں کی حالت کیا ہے۔ قلب کے محلِ وقوع' فعل' اور مصراعی کارکردگی کے متعلق نہایت اہم معلومات آنکھ اور ہاتھ کے ذریعہ حاصل کئے جا سکتے ہیں' اور انھیں مسماع الصدر کے ساتھ ہمیشہ استعمال کرنا چاہیئے۔ رانجنی شعاعیں بھی قلب کے کہفوں کی جسامت اور شکل کے تغیرات کی تخمین میں ممد ہونگی (ملاحظہ ہو شکل ۱۲ صفحہ 225)۔

۱۔ مصراعی مرض کے خریرات دوسری حالتوں سے پیدا ہو جانے والے خریرات کے ساتھ خلط ملط ہو جانے کا احتمال رکھتے ہیں۔ عدم دمویت ریوی رقبہ پر ایک کرخت انکماشی خریر پیدا کر دیتی ہے۔ عضوی ریوی مرض (organic pulmonary disease) کے شاذ ہونے کو ملحوظ رکھتے ہوئے یہ خریر بیشتر کافی ممیز ہوتا ہے' لیکن نہایت زیادہ عدم دمویت کے ساتھ خریرات سارے پیش قلبی رقبہ پر پھیل جاتے ہیں' اور بلا شبہ ریوی دہنہ کے علاوہ دوسرے دہنوں میں بھی پیدا ہو جاتے ہیں۔ چونکہ ایسی اصابتوں میں مریضوں کی سانس پھولی ہوئی ہوتی ہے اور ساتھ ہی اُن میں اختلاج اور ورمِ پا کا رجحان موجود ہوتا ہے' لہذا ممکن ہے کہ تشخیص دقت طلب ہو۔ عدیم الدم مریضوں کے نمایاں شحوب' رو ماتزم یا

مرض قلب کے کسی دوسرے پیش رَو مرض کی روئداد کی عدم موجودگی، اور فولادی مقویات کے استعمال سے خریر میں تخفیف، ایسے امور ہیں جن سے تشخیص میں مدد حاصل ہوگی۔ بلاشبہ عدم دمویت بذات خود بھی مطرانی بازروی کا ایک سبب ہوسکتی ہے۔ خون کی ناقص نوعیت دیوارِ بطین کا نقصِ تغذیہ پیدا کردیتی ہے۔ یہ متسع ہوجاتا ہے، مطرانی دہنہ ڈھیلا پڑ جاتا ہے اور اِس کا نتیجہ بازروی ہوتی ہے۔ یہ فی الواقع ایک حقیقی ضرر ہے اور خریر کا فوری سبب اگر خود مصراع کے نہیں تو دہنہ کی ساخت کے تغیرات ہوتے ہیں۔ لیکن چونکہ دراصل وہ خون کی ایک ایسی حالت کی وجہ سے ہوتے ہیں، جو مع اپنے نتائج کے شفا پذیر ہوتی ہے، لہذا اس خریر کو اکثر فعلی یا دموی کہتے ہیں۔ بہرحال اِس کے اور مزمن مصراعی مرض کے درمیان تشخیص ضروری ہے، اور وہ عموماً ماسبق اور متلازم حالات، یعنے روماتزم کی غیر موجودگی اور حقیقی عدم دمویت، پر غور کرنے سے کی جاسکتی ہے۔

اورطی کا انورسما اکثر اوقات قاعدۂ قلب پر ایک خریر پیدا کردیتا ہے، جو غلطی سے اورطی تسدد کا خریر خیال کیا جاسکتا ہے۔ فی الحقیقت اورطی رقبہ کا ایک سادہ اِنکماشی خریر، جس کے ساتھ بازروی کے خریرات نہوں، مصراعی ضیق کی نسبت زیادہ اکثر انورسما کے سبب ہی سے ہوا کرتا ہے۔ مزید ثبوت کے لئے قفس سے دائیں طرف کو غیر طبعی نبضان کی اور اصمیت کے بڑھے ہوئے رقبہ کی جستجو کرنی چاہئے۔ اگر خریر ایسے مقام تک محدود ہو جو مصراعی مرض کے معمولی رقبوں کے ساتھ سختی سے متناظر نہو تو انورسما کا اور بھی زیادہ احتمال ہے

التہابِ تاءمور (pericarditis) اکثر ایک چپش پسی آواز پیدا کردیتا ہے، جو دوہرے اورطی مرض سے بہت مشابہ ہوتی ہے۔ لیکن وہ عموماً زیادہ خشن ہوتی ہے، ایک بڑے رقبہ پر اپنی بلندی میں کم یکساں ہوتی ہے، اورطی مرض کے معمولی رقبہ میں سختی کے ساتھ محدود نہیں ہوتی، اور شاید جا بجا ضربِ قلب کے دَوروں کے ساتھ سختی کے ساتھ ہمزمان نہیں ہوتی۔ حاد مرض کی قلیل المدت روئداد، غیر معمولی درد، قلب کے مقام پر تکلیف، اوپر کے رُخ میں چپش قلبی اصمیت کا بڑھا ہوا رقبہ، اور دہاتی نبض، کی عدم موجودگی، یہ سب التہاب تاءمور پر دلالت کرتے ہیں۔

ایک دوسری دقت خارج القلب خریرات کی وجہ سے پیش آتی ہے، جو ایسی آوازیں ہیں جو فعلِ قلب کے ساتھ ہمزمان تو ہوتی ہیں لیکن قلب سے باہر پیدا ہوتی ہیں۔ لیکن یہ پہچان لینے کے ساتھ کہ خریر دروں قلبی ہے اور کسی مصراعی دہنہ پر پیدا ہوا ہے یہ تشخیص نہیں ہوتا کہ مرض مصراع کا ہے۔ بطینی اتساع، جو نہ صرف عدم دمویت سے بلکہ کسی بھی سبب سے ہوگیا ہو، ایک راسی انکماشی خریر پیدا کرسکتا ہے۔ اور ایسا واقعہ مرضِ برائٹ، الکحلیت، اور شریانی صلابت (arteriosclerosis) میں، اور عام طور پر امراض ساریہ کے عوارضِ عضلۂ قلب میں نہایت عام ہوتا ہے۔

مزمن کلوی مرض (chronic renal disease) قلب کی بیش پرورش بلکہ اتساع اور خریر تک پیدا کرسکتا ہے۔ اور ایسی صورت میں یہ حالت مطرانی مرض سے قریبی طور پر مشابہ ہوگی جس کے ساتھ ثانوی البیومن بولیت بھی ہوتی ہے۔ اِس واقعہ سے دقت اور بڑھ جاتی ہے کہ بعض اوقات وہ گُردے جو مرض قلب کی وجہ سے ایک مزمن اِمتلاء کی حالت میں ہوں، ذرّاتی (granular) بنجاتے ہیں۔ اور اِس سے بھی کہ مرضِ گردہ میں انتہائی شریانی تناؤ کی وجہ سے توسع شدہ قلب، نظامِ وریدی میں ایک ثانوی رکود پیدا کردیگا، اُسیطرح جسطرح کہ اوّلی مطرانی مرض سے ماؤف شدہ قلب پیدا کردیتا ہے۔ قلب کے اوّلی مرض میں ہمیں روماتزم کی روئداد یا التہاب دروں قلبیہ کے کسی دوسرے سبب کی جستجو کرنی چاہئے۔ قارورہ میں وہ خصائص موجود ہوتے ہیں جو بیان ہو چکے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 271) اور نبض صغیر اور کم تناؤ والی ہوتی ہے۔ لیکن گردے کے مرض میں اِس کا زیادہ امکان ہے کہ قارورہ رنگ میں پھیکا، اور مقدار میں قلیل ہو، اور اُس میں البیومن کی مقدار زیادہ یکساں ہو۔ اور نبض بلند تناؤ والی ہوتی ہے۔ صلابتِ شریانی اور الکحل (جو اکثر ایک ساتھ پائی جاتی ہیں) کے باعث پیدا شدہ کلائیوں میں شریانی تناؤ تغیر پذیر ہوتا ہے، اور البیومن اکثر غائب ہوتا ہے۔ چنانچہ ممکن ہے کہ تشخیص کا انحصار روئدادِ مرض یا متلازم حالتوں پر رکھنا پڑے۔

275　اِس کے برعکس بعض اوقات جبکہ کوئی خریر نہیں سنا جاسکتا ایک مصراعی ضرر موجود ہوتا ہے۔ یہ حالت بیشتر اوقات مطرانی ضیق کے آخری درجوں میں ہوتی

ہے، جبکہ اُذین کی قوت فشل پذیر ہوتی ہے۔

۲۔ مصراعی مرض کی مختلف شکلوں کی ایک دوسری سے تشخیص کا انحصار بڑی حد تک خریرات کی نوعیت، اور اُس وسعت پر ہوتا ہے جس میں وہ پیش قلبی رقبہ پر سنائی دیسکتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ایک خریرایک مصراع کے رقبہ سے باہر تک دوسرے مصراع کے رقبہ کے اندر تک منتقل ہوتا ہو۔ ایسی صورت میں مختلف نقطوں پر کی آواز کی شدت کا احتیاط کے ساتھ مقابلہ کرنا ضروری ہوگا۔ اورطی بازروی اور مطرانی بازروی تقریباً ہمیشہ اپنے مخصوص نوعیت والے خریرات سے پہچان لئے جاتے ہیں۔ جیساکہ اوپر بیان کیا گیا ہے، مطرانی تسدد بارہا بلا اپنے مخصوص نوعیت کے خریرات کے موجود ہوتا ہے۔ قبل انکماشی خریرات اور انبساطی خریرات جب یہ ٹھیک مقام صدم پر سنے جائیں (اور قاعدہ پر نہ سنائی دیں) تو مطرانی تسدد کا نہایت قوی ثبوت ہیں۔ لیکن بعض اوقات راس قلب پر اِن سے مماثل خریرات اورطی بازروی کے ساتھ (خریرات فلنٹ :Flint's murmurs) (ملاحظہ ہو صفحہ 269) ، ملتصق تامور (adherent pericardium) کے ساتھ، اور دوسری حالتوں کی وجہ سے متسع بطین کے ساتھ سنائی دیتے ہیں۔ ان خلاف قاعدگیوں کے توجیہات مختلف ہیں:۔ اگلے مطرانی پٹ کے ارتعاشات اُس پر اورطی بازروی کی رَو کا تصادم ہونے سے، یا اُس کے اذینی بطینی رَو پر دھکیلے جانے سے۔ مندرجۂ بالا دو رَوؤں کا باہم دگر ملجانا۔ ایک منجمد حار کی پیدائش، جو بائیں بطین کے اتساع کی وجہ سے ہو، جبکہ مطرانی دہنہ طبعی جسامت کا ہو۔ یہ حالت بعض اوقات اضافی ضیق (relative stenosis) کہلاتی ہے۔ آخری توضیح زیادہ قرین قیاس معلوم ہوتی ہے۔

۳۔ غالباً تشخیص میں سب سے زیادہ اہم امر مُجیبیت قلب کی تخمین ہے۔ ورزش یا محنت کے بعد دم پھولنے یا خستگی کی مقدار کا مشاہدہ کیا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 223)۔ قلب کی جسامت سے مصراعی نقص کی وسعت کے متعلق مفید رہنمائی حاصل ہوتی ہے۔ یہ جسّ اور قرع سے معلوم کی جاسکتی ہے لاشعاعیں استعمال کی جاسکتی ہیں، اور یمینی اور یساری بیش پرورش کا تناسب

ظاہر کرنے کے لئے برقی قلب نگار بھی (ملاحظہ ہو صفحہ 249)۔

قلب اور پھیپھڑوں کے امتحان کے بغیر کوئی تشخیص قائم نہیں کی جا سکتی۔ لیکن یہ نوٹ کرنا دلچسپی سے خالی نہیں کہ بچوں اور نوعمر اشخاص میں مطرانی مرض اور سل ریوی (phthisis) کے درمیان اکثر ایک سطحی مشابہت ہوتی ہے کیونکہ اول الذکر نمایاں شحوب، لاغری اور نفث الدم پیدا کر سکتا ہے۔

انذار۔ ایسی ایک ہزار اصابتوں کا مطالعہ کیا گیا کہ جن میں فارغ الخدمت آدمیوں کو مرض قلب تھا اور ان کا ۱۰ سال بعد دوبارہ معائنہ کیا گیا (20) ثابت ہوا کہ ایک خراب انذار کے لئے اہم ترین عناصر قلیل تحمل ورزش اور بڑا قلب ہیں۔ چنانچہ معتدل کلانی اور قلیل تحمل کی صورت میں تقریباً نصف مریض ۱۰ سال کے اندر مر جاتے ہیں گو کہ چند بلا تغیر زندہ رہتے ہیں۔ انتہائی کلانی کی صورت میں ۷۶ فیصدی اور امتلائی فشل کی صورت میں ۹۷ فیصدی ۱۰ سال کے اندر مر جاتے ہیں، اور اگر ان دونوں گروہوں کو یکجا کیا جائے تو زندہ رہنے کی شرح ۸۰ فیصدی ہوتی ہے۔

اس پورے سلسلہ میں ۲۲ فیصدی مریض بلا تکلیف اور بلا تغیر ۱۰ سال زندہ رہے، اور یہ عدد غالباً اصل سے کمتر ہے۔ نصف مریض زیادہ تر امتلائی فشل کی وجہ سے مر گئے، اور ۲۶ فیصدی فشلی اصابتوں میں اس فشل کے ہمراہ ساری التہاب دروں قلبیہ اور (۳۰ فیصدی میں) اذینی رشیکی انقباض تھا اور دوسری اصابتوں میں التہاب شعبی اور دیگر سرایتیں دیکھی گئیں۔ ناگہانی موت، کل اموات میں سے ۱۷ فیصدی میں دیکھی گئی۔

جب مریضوں کو استماعی علامات کے لحاظ سے گروہ بند کیا گیا تو وہ مریض جن کو بجز سماعی مرض نہیں تھا ان میں سے ۳۵ فیصدی ۱۰ سال کے اندر مر گئے۔ اورطی ضیق اور آتشکی اورطی بازروی کی شرح اموات ۶۰ فیصدی ہے (بلا اینورسم کو مستثنیٰ کرنے کے بعد ۵۸ فیصدی)۔ غیر پیچیدہ غیر آتشکی اورطی بازروی کی شرح اموات ۳۳ فیصدی، ممزوج بازروی اور مطرانی ضیق کی ۳۰ فیصدی، اور مطرانی ضیق کی ۳۷ فی صدی (رشیکی انقباض کو مستثنیٰ کر کے ۲۹ فیصدی)، ابتدائی

مطرانی ضیق میں شرح اموات ۱۰ فیصدی، نمو یافتہ ضیق میں ۴۹ فیصدی، خفیف اورطی بازروی میں ۱۶ فیصدی، اور آزادانہ بازروی میں ۵۴ فیصدی ہے۔ لہذا مصراعی ضرر کی نوعیت اتنی اہم نہیں ہے کہ جتنا ترمیم کن عوامل ہیں۔ انذار میں دو عامل، جن پر کسی دوسری جگہ غور کیا گیا ہے، خاص طور پر اہم ہیں، یعنی اذینی ریشکی انقباض اور تحت الحاد جراثیمی التہاب دروں قلبیہ (ملاحظہ ہو)۔

276

اگرچہ اصابتوں کے اس سلسلہ میں سے بچے اور عورتیں مستثنیٰ ہیں، تاہم یہ سلسلہ خاص طور پر اہمیت رکھتا ہے اس لئے کہ یہ گویا ایک مرض زدہ آبادی کے پورے حصہ یعنی انقالی اور صاحب فراش دونوں پر مشتمل ہے۔ سابقہ ایڈیشن میں ایسے مریضوں کے تجزیہ پر اکتفا کی گئی کہ جو ہسپتال میں مرگئے تھے۔ اب اس کی بجائے زیادہ مکمل اعداد و شمار درج کئے گئے ہیں۔ بعض نکات پر خاص طور پر زور دینے کی ضرورت ہے مثلاً ایک مطرانی انکماشی خریر کی عدم اہمیت علامیہ جہد کی وجہ سے معذور الخدمت گردانے ہوئے سپاہیوں کی صورت میں مطرانی بازروی کے خریر کی موجودگی یہ ظاہر کرنے کے لئے بیکار ثابت ہوئی کہ آیا وہ شخص پورے کام پر واپس آنے کے قابل ہوگا یا نہیں۔ مطرانی ضیق ایک خطرناک ضرر ہے، کیونکہ وہ روماتزمی مطرانی مرض کے مزمن یا مکرر حاد حملوں کا اختتامی نتیجہ ہے۔ لیکن خفیف اصابتوں میں ممکن ہے کہ اگر سرایت رک جائے تو وہ برسوں ٹھہری ہوئی حالت میں رہے۔ اورطی بازروی اور مطرانی ضیق کا اجتماع انذار کو زیادہ خراب نہیں بناتا۔ بچپن میں حاد روماتزم یا دیگر سرایتوں کے مکرر حملے خطرناک ہیں کیونکہ وہ عضلۂ قلب اور مصراعوں کو مزید نقصان پہنچاتے ہیں۔ مطرانی ضیق ہونے کا امکان، اور معمر مریضوں میں اذینی ریشکی انقباض ہونے کا امکان۔ یہ امر کہ امتلائی فشل میں اگر ریشکی انقباض موجود ہو تو فوری انذار بہتر ہوجاتا ہے، لیکن آخری انذار خراب تر ہوتا ہے۔ اورطی گروہ میں ناگہانی موت کا امکان، اور غیر آتشکی اورطی بازروی میں جرثومی التہاب دروں عضلۂ قلب کا امکان حل ہونے سے حالت کا زیادہ تشویشناک ہوجانا۔

تجزیہ۔ چونکہ نوعمر بچوں میں مرضِ قلب کی بیشتر اصابتیں حاد روماتزم

کی وجہ سے ہوتی ہیں، انذار اِسی پر مشتمل ہے کہ اُس مرض کا تدارک کیا جائے جس طرح کہ پہلے بیان کیا گیا ہے۔

زیادہ عمر والے شخصوں میں دانتوں کا امتحان کرنا چاہیے، بالخصوص اُن لوگوں میں جو پہلے ہی مزمن مصراعی مرض میں مبتلا ہوں، کیونکہ اگر انھیں کوئی سرایت لگ جائے تو وہ ساری التہاب دروں قلبیہ (infective endocarditis) پیدا کر سکتی ہے۔ بنجیج جوفیزی (pyorrhœa alveolaris) اُسوقت جبکہ پیپ آزادانہ خارج ہوتا ہو، چنداں خطرناک نہیں، لیکن اُن پھوڑوں کو خارج کر دینے کی احتیاط عمل میں لانی چاہیے جو دانتوں کی جڑوں میں دور چھُپے ہوئے ہوں، اور جو یا تو التہابِ دروں قلبیہ کا ایک حاد حملہ واقع کر دیں یا ایک مزمن غیر محسوس سرایت اور اُس کے ساتھ مصراعوں کا ترقی پذیر تشوّہ پیدا کر دیں۔

تحریز میں ایک دوسرا نہایت اہم امر یہ ہے کہ جو بچہ روماتزم کے خفیف ترین ظواہر میں مبتلا رہ چکا ہو اُسے حاد سرایت کی کوئی علامت (جیسے کہ خراش حلق، التہاب لوزتین یا معمولی زکام) ظاہر ہوتے ہی بستر پر لٹا دینا چاہیے، کیونکہ اِس کا ہمیشہ امکان ہوتا ہے کہ اِن عوارض کے ساتھ ساتھ اُس کا قلب بھی ماؤف ہو گیا ہو۔ فی الحقیقت اس معاملہ میں اعلیٰ طبقوں کے بچوں کے متعلق نسبتہً زیادہ احتیاط برتنے کا نتیجہ یہی ہے کہ وہ مزدور پیشہ جماعتوں کے بچوں کے مقابلہ میں شدید مرض قلب سے زیادہ محفوظ رہتے ہیں۔

نوعی سرایتوں میں آتشک مرض قلب کا عام ترین سبب ہے، چنانچہ اگر یہ مرض ہو گیا ہو تو جلد ہی مشدد دافع آتشک علاج عمل میں لانا چاہیے۔

شریانی مرض کا نتیجہ عموماً انحطاطِ عضلۂ قلب ہوا کرتا ہے، چنانچہ اِس کے حفظِ ماتقدم (ملاحظہ ہو) کی مناسب تدبیریں اختیار کرنی چاہئیں۔

قلب کے مزمن مرض کا علاج

مندرجۂ ذیل اشارات کا اطلاق نہ صرف قلب کے مزمن مصراعی مرض پر بلکہ ملتصق تامور (adherent pericardium) اور انحطاطِ عضلۂ قلب کی

اصابتوں پر بھی ہوتا ہے۔

علاج پر غور کرنے سے پہلے امور ذیل کا دریافت کرلینا ضروری ہے:۔(۱) آیا فشلِ قلب کے ابتدائی امارات، یعنے تکلیف، سانس کا پھولنا، اور ورزش کے بعد تحت القصی یا پیش قلبی درد ہونا موجود ہیں۔ (۲)۔آیا بعد کے امارات یعنے گردن اور جگر کی وریدوں کا احتقان، زراق، اور تہبیج موجود ہیں۔ (۳) آیا قلب بڑھا ہوا ہے، اور آیا مصراعی مرض کے یا تغیرات عضلۂ قلب کے امارات موجود ہیں۔ (۴) آیا قلب کی کوئی بے نظمی اور خاصکر اُذینی ریشکی انقباض موجود ہے یا نہیں۔ (۵) آیا قلب میں حاد سرایت ہونے کی کوئی شہادت موجود ہے۔

اصولِ علاج یہ ہے کہ مریض کی زندگی کو باقاعدہ بنایا جائے تاکہ قلب کے ذمہ جو کام پڑے وہ اُس کی قابلیت سے زائد نہ ہو۔

فشلِ قلب کی ابتدائی اصابتوں میں مریض کی علامتیں ہی بیشتر رہنمائی کرتی ہیں۔ کام کی اُس مقدار کا معلوم کرلینا ضروری ہے جس سے غیر معمولی تکان یا تکلیف، یا سانس پھولنے کا، یا دردِ قلب کا حملہ ہوجاتا ہو۔ کامل طور پر تندرست شخص میں یہ علامات صرف نہایت شدید عضلی ورزش کے بعد محسوس ہوتے ہیں۔ تازہ تجربہ نے بتلایا ہے کہ ایسے بہت سے اشخاص ہیں جن میں پیش قلبیہ پر سنائی دینے والے انکماشی خریرات کے باوجود روماتزمی یا اور کسی سرایت کی سرگذشت نہیں پائی جاتی، جو قلب کی کوئی کلانی نہیں ظاہر کرتے، اور جو شدید ترین عضلی ورزش کرسکتے ہیں اور اُس کے بعد کوئی ایسی تکلیف نہیں ظاہر کرتے جو اُس سے زائد ہو جو ایک طبعی شخص محسوس کرتا ہے۔ ایسے اشخاص میں اُن کے ورزش کرنے کے متعلق روک تھام کرنے کی ضرورت نہیں۔ لیکن جب اورطی بازروی یا مطرانی ضیق کا شبہ کرنے کے لئے وجوہات موجود ہوں تو عقلمندی یہی ہے کہ مریض کو اُس کے قلب کی پوری قوتِ محفوظہ کام میں لانے کی اجازت نہ دی جائے قطع نظر اس امر کے کہ وہ تند و شدید ورزش بھی معمولی مقدار سے زائد تکلیف کے بغیر انجام دے سکتا ہے۔ صرف ہلکے قسم کی ورزشوں کی اجازت دینی چاہیے۔ اس بیان کا اطلاق مطرانی بازروی اور اورطی ضیق کی ان اصابتوں پر بھی ہوتا ہے

کہ جن میں واضح کلانیِ قلب موجود ہو۔

جو مریض معتدل ورزش، مثلاً دوڑنے یا زینہ پر یا پہاڑی پر تیزی سے چلنے، یا مسطح زمین پر تیز چلنے کے بعد علامات ظاہر کرتے ہوں، اُن میں اِن علامات کو پیدا کرنے والی ورزش کی ممانعت کر دینی چاہئے۔ اِس کے ساتھ ہی جو ورزش برداشت ہو سکے اُس کی اجازت دینی چاہئے۔ اُس کے قلب کو مناسب سے کم ورزش دینا بھی بُرا دستور ہے۔ لیکن مریض کو کہدینا چاہئے کہ اگر بالفرض اسوقت جبکہ وہ ورزش کے لئے باہر گیا ہو علامات پیدا ہو جائیں تو اُسے چاہئے کہ بالکل بے حرکت ہو جائے۔

ان تمام اصابتوں میں جن میں حقیقی سرایت موجود ہو، ان تمام اصابتوں میں جن میں فشلِ قلب ترقی یافتہ ہو، ان اصابتوں میں جو وریدی امتلاء ظاہر کرتی ہوں، اُذینی ریشگی انقباض کی اصابتوں میں جن میں قلب سریع ہو، اور ڈیجیٹالس کا ایک پورا نصاب دینے کی ضرورت ہو، اور سب سے زیادہ اہم اُن مریضوں میں جو کھڑے ہونے پر یا آہستہ آہستہ چلنے پر امارات تکلیف ظاہر کرتے ہوں، بستر پر آرام لینا ضروری ہے۔ مریض کو چت لیٹا رہنا چاہئے، لیکن جب تنفس انتصابی ہو تو اُسے بستر پر سہارا دے کر بٹھا دینا چاہئے۔ مریض کو سکون سے رہنا چاہئے اور اس کو تشویش اور ہیجان بالکل نہ ہونے دینا چاہئے۔ تمام بے ضرورت حرکت سے احتراز لازم ہے اور بالخصوص نیند اچھی آنے دینا چاہئے، کیونکہ یہی وہ حالت ہے جس سے قلب کو کامل ترین قسم کا آرام حاصل ہوتا ہے۔ ہر مریضِ قلب کے معالجہ میں یہی ایک نہایت اہم امر ہے جس کا اہتمام ضروری ہے، خواہ کچھ ورزش کی اجازت دی گئی ہو یا نہ دی گئی ہو۔ نصب العین یہ ہونا چاہئے کہ بستر میں نو سے دس گھنٹے تک گذریں، گو حقیقی نیند کے گھنٹوں کی تعداد اِس کی نسبت کم ہو۔ وِسکی (whisky) ۱-۲ اونس بطور ایک خواب آور دوا کے دیجا سکتی ہے، یا پیرالڈیہائڈ (paraldehyde) ۱-۲ ڈرام کی خوراکوں میں۔ غذا کافی، سادہ اور سریع الہضم ہونی چاہئے۔ وہ مخلوط ٹھوس (solid) اور مائع ہو سکتی ہے، مقداریں یہ کسی ایک وقت میں اتنی نہ ہو کہ معدہ کو گرانبار کردے، اور اُس کی نوعیت ایسی ہو کہ جو ریحیت اور تمدد نہ پیدا کرے۔

سیالات کو زیادتی کے ساتھ نہیں دینا چاہیے۔ اور اگر تہیج ہو تو ملحی درآمد کو کم کر دینا چاہیے۔ فربہی (obesity) میں قلیل الحرارہ غذا دینی چاہیے کیونکہ فربہی تحول بڑھ جانے کا ایک عام سبب ہے۔ حال میں مرض قلب کا علاج بذریعہ درقیہ برآری بھی کیا گیا ہے کہ جس سے تحول کو کم کرنا اور قلب پر بار کی تخفیف مقصود ہوتی ہے۔

جب مریض کو کچھ عرصہ تک بستر میں آرام کرنے کے بعد افاقہ حاصل ہو تو ورزش کا آغاز صرف آہستہ آہستہ ہونا چاہیے۔ بستر ہی میں پڑے پڑے ہاتھ پاؤں ہلانے کی اجازت دیکر اُسے تدریجی ورزش کرائی جاسکتی ہے۔ دوسری ترکیب یہ ہے کہ جب مریض اٹھنے کے قابل ہو جائے تو روز بروز اُس کے چلنے کی مقدار بڑھائی جائے، یہاں تک کہ ورزش کی حدِ برداشت تک پہنچ جائے۔

ترقی یافتہ فشلِ قلب کی اصابتوں میں جن میں مختلف احشاء کی امتلاء کے ساتھ اُذیما موجود ہو، علاج کے تین خاص اصول ہیں:- (۱) اُذیمائی سیال کا اخراج، یا خون نکالدینا۔ (۲) آکسیجن کا استعمال۔ (۳) ادویہ، بالخصوص ڈیجیٹالس کا استعمال۔

(۱) اگر کہفۂ بلیورائی میں بہت سیال موجود ہو تو بذریعۂ بزل (tapping) اُس کے اخراج سے بہت آرام حاصل ہوگا۔ اگر استسقائے کلی (anasarca) زیادہ ہو تو ایک بڑی چپٹی جراحتی سوئی سے ٹانگوں کو دس بیس جگہ کچو کا لگا سکتے، یا اُنبوباتِ ساؤدی (Southey's tubes) سے ان کی سیلیت کر سکتے ہیں۔ مریض کو ایک کرسی پر بارہ یا چوبیس گھنٹے تک بیٹھنا اور ٹانگیں نیچے لٹکائے رکھنا چاہیے تاکہ سیال جاذبہ کے اثر سے اُن کے اندر اُتر آئے۔ اُنھیں نہایت احتیاط کے ساتھ صاف کر کے آیوڈین کا ہلکا محلول اُن پر لگانا چاہیے۔ سیال کو ایک مغسل میں نیچے بہ کر آنے دینا چاہیے، اور گرمی پہنچانے کے لئے مغسل پر ایک کمبل لپیٹ دینا چاہیے، لیکن اِس کا خیال رہے کہ جہاں کچوکے لگائے ہیں وہاں کمبل ٹانگوں کو نہ چھونے پائے۔ استسقائے شکمی میں شکم میں بزل کیا جاسکتا ہے، اور اِن کارروائیوں سے وہ دباؤ جو دورانِ خون پر ہوتا ہے کم ہو جاتا ہے۔ داعیات فصد شدید التھابی تنفس، اور زراق ہیں کہ جس کے ساتھ وریدیں متمدد ہوں۔ اِس کے یہ معنے ہیں کہ

عام شریانی خون کا دباؤ گرا ہوا اور وریدی دباؤ تناظراً بڑھا ہوا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہے کہ قلب کی دائیں جانب اسقدر محتقن ہو گئی ہے کہ اُسے اپنے ما فیہ پر منقبض ہونے میں دقت ہوتی ہے۔ ایسے حالات میں اُذینی ریشکی انقباض اکثر موجود ہوتا ہے۔ وسطی ورید باسلیق میں جرکا لگاکر ۲۰ یا ۳۰ اونس کی مقدار میں خون خارج کر دینے سے خون کا وہ بہاؤ جو قلب کی طرف جاتا ہے کم ہوکر تکلیف میں تخفیف ہوجاتی ہے۔ انتہائی اصابتوں میں قاعدۂ گردن میں بیرونی وداجی ورید کو کھولنے سے اور بھی زیادہ سریع اثر حاصل کیا جاسکتا ہے۔ اِس صورت میں اگر وریدی دباؤ بلند ہے تو خون مرکزی ہرے سے بہے گا، اور قلب کی دائیں جانب کو راست تسکین پہنچے گی۔ ورید میں ایک سادہ جرکا لگانے سے کافی خون حاصل کرنا ہمیشہ آسان نہیں ہوتا۔ ایک زیادہ کارگر طریقہ یہ ہے کہ ایک چھوٹی چوڑی کھوکھلی سوئی استعمال کی جائے۔ جو ربر کی نلی کے ذریعہ ایک بند شیشی سے الحاق رکھتی ہو۔ پھر اِس بوتل پر امتصاص عمل میں لایا جاسکتا ہے۔

(۲) فشل قلب کی ان تمام اصابتوں میں کہ جن میں ساتھ ثانوی ریوی پیچیدگیاں پائی جائیں، نیز عضلۂ قلب کے انحطاط میں خاصکر اسوقت جبکہ اغلب ہو کہ اکلیلی شرائین منقلب ہیں، آکسیجن دینی چاہیئے۔ نوعمر موضوعوں میں روماتزمی اصل کے فشل قلب میں یہ عام طور پر موثر نہیں ثابت ہوتی۔ بُہرا اور زراق سب سے بہتر داعیات ہیں، لیکن اگر کوئی شک ہو تو ایک نقاب اور مصراعات استعمال کر کے اس کا اثر آزمانا چاہیئے۔ اس کو انفی قثاطیر کے ذریعہ دیا جاسکتا ہے، لیکن ہم خیمہ کی سفارش کرتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 156)۔

(۳) ادویہ، جو قلب پر راست مفید اثر رکھتے ہوں نسبتۃً چند ہی ہیں۔ سب سے زیادہ مفید ڈیجیٹالس (digitalis) ہے، جس کے فعل کا مطالعہ سب سے زیادہ کیا گیا ہے۔ اُذینی ریشکی انقباض میں اُس کے استعمال کا تذکرہ کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 244)۔ اِن اصابتوں میں بطین تیزی اور بے قاعدگی کے ساتھ ضرب لگا رہا ہوتا ہے اور ڈیجیٹالس ایک دوائے شافی کے طور پر عمل کرتا ہے۔ نبض کی رفتار کم پڑجاتی ہے۔ قارورہ کا حجم بڑھ جاتا ہے اور اُذیما غائب ہوجاتا ہے۔

لیکن دوسری اصابتوں میں بھی، جبکہ اُذینی ریشکی انقباض موجود نہو، ڈیجیٹالس کامیابی کے ساتھ استعمال کیا جاسکتا ہے، بالخصوص اُس کے مدرالبول اثر کے لئے اُس کے پسے ہوئے پتّے اکثر پارہ کے ساتھ ملاکر ایک گولی کی شکل میں کام میں لائے جاتے ہیں، جو ایسی اصابتوں کے لئے استعمال کی جاتی ہے۔ یہ نہیں کہا جاسکتا کہ اُس کا اثر اُسیقدر یقینی ہے جسقدر کہ اذینی ریشکی انقباض میں ہوتا ہے۔ ڈیجیٹالس براہ دہن سفوف، خیساندہ یا صبغیات کی شکل میں، یا اُس کے جواہر فعال یعنے ڈیجیٹالین (digitalin) یا ڈیجیٹاکسین (digitoxin) کے طور پر دیا جاسکتا ہے۔ خطرناک اصابتوں میں خیساندے کے دو ڈرام یا صبغیہ کے ۱۵ ما ۱۵ قطرے ابتداءً ہر تیسرے یا چوتھے گھنٹے، اور بارہ یا چوبیس گھنٹوں کے بعد نسبتہً کم بار یا چھوٹی معتادوں میں دئے جاسکتے ہیں۔ ڈیجیٹاکسین کی معتاد $\frac{1}{250}$ گرین تا $\frac{1}{64}$ گرین ہے۔ اِن مقداروں میں دئے جانے پر ڈیجیٹالس اپنا پورا اثر پیدا کرنے کے لئے دو یا تین دن لیتا ہے۔ براہ دہن کثیر مقداریں دیکر نسبتہً زیادہ سریع اثر حاصل کیا جاتا ہے۔ یہ طریقۂ علاج اذینی ریشکی انقباض کی حالت میں عمل میں لایا جاسکتا ہے ڈیجیٹالس کے علاج کے دوران میں پیدا ہوجانے والے سمّی علامات صفحہ 245 پر بیان کئے گئے ہیں۔

بعض دوسرے ادویہ کا فعل ڈیجیٹالس کے فعل سے مماثل ہوتا ہے۔

اِن میں سب سے زیادہ اہم اسٹروفینتھس (strophanthus) ہے (جس کے صبغیہ کی مقدار خوراک ۲ تا ۵ قطرات ہے)۔ اسٹروفینتھس کا جوہر فعال، اِسٹروفینتھین (strophanthin) اُسوقت مفید ہوتا ہے جبکہ خطرناک فشل کی حالتوں میں عجلت مدنظر ہو۔ اِس کا $\frac{1}{250}$ گرین درون وریدی راہ سے دیا جاسکتا ہے۔ نیز اِس کا درون عضلی یا تحت الجلدی اشراب کیا جاسکتا ہے۔ کیونیڈین (quinidine) سے اُذینی ریشکی انقباض کا علاج پہلے بیان ہوچکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 246)۔ گذشتہ زمانہ میں اِسٹرکنین (strychnine) ایک قابل قدر مقوّی قلب سمجھا جاتا رہا لیکن ایک بااحتیاط و منضبط سلسلۂ مشاہدات نے ظاہر کردیا ہے کہ حادیا مزمن فشل القلب، دونوں میں سے یہ کسی ایک پر بھی کوئی اثر نہیں رکھتا (21)۔ حال ہی میں انحطاط عضلۂ قلب

کی حالت میں، قلب کی بائیں جانب کی تنش بڑھانے کے لئے فرانس میں اُوبین (oubaine) کا استعمال کیا گیا ہے (۱/۴ ملی گرام دروں وریدی راہ سے، یا ۱ ملی گرام براہِ دہن، دن بھر میں ایک یا دو بار)۔

ممکن ہے کہ دوسرے علامات اور پیچیدگیوں کا علاج بھی کرنا پڑے۔

اگر استسقاء ڈیجیٹالس سے رفع نہ ہو تو، تھیوبرومین سوڈیم سیلی سلیٹ (theobromine sodium salicylate) (ڈایوریٹین: diuretin) ۱ تا ۲۰ گرین دن میں تین بار، سلسلۂ پیورین (purin) کی بہترین دوا ہے، جو یا تو بصورتِ اقراص یا ایک آمیزے میں شربتِ زنجبیل سے خوب خوشبودار بنا کر استعمال کی جا سکتی ہے۔ یہ ادویہ غالباً گویکی عشاء کی نفوذ پذیری بڑھا کر، یا شاید فاعلی گویکوں کی تعداد میں زیادتی پیدا کر کے اپنا اثر ظاہر کرتے ہیں۔ گردوں میں آکسیجن کے صرفہ کی زیادتی نہیں پیدا کرتے۔ لیکن اگر گویکی عروقِ شعریہ محتقن ہوں اور شاید کم ہوا دمویت میں مبتلا ہوں، تو ممکن ہے کہ یہ دوائیں ناکارگر ہوں۔ یوریا (urea) بھی ۵ تا ۱۵ گرین کی مقداروں میں آزمایا جا سکتا ہے۔ یوریا گویکوں میں سے تقطیر ہو جاتا ہے، اور اُنیبیبات میں سے بھی اُس کا اخراج ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اُنیبیبی سیال کا ولوجی دباؤ بلند رہتا ہے اور اُنیبیبات میں نسبتہً نیچے پانی دوبارہ کم جذب ہوتا ہے اور اسی واسطے خارج ہو جاتا ہے۔ آخراً سیلرگان (salyrgan) ایک نامیاتی مرکب سیماب (۲ مکعب سمر تک دروں عضلی طور پر)، اور نیپٹال (neptal) (ایک مکعب سمر تک) ہفتہ میں ایک یا دو مرتبہ دئے جاتے ہیں اور یہ قدیم رائج شدہ حبِ سیمابی (Pil Hydrarg.) کی نسبت زیادہ کارگر ہوتے ہیں۔ اگر انکے ساتھ ساتھ ایمونیم کلورائڈ، چوبیس گھنٹوں میں ۱۰۰ گرین کی مقداروں تک، استعمال کیا جائے تو یہ اور بھی زیادہ کارگر ہوتے ہیں۔ آخر الذکر غالباً ایک مصنوعی ترشہ دمویت پیدا کر کے اپنا اثر پیدا کرتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ نسونت کچھ جذب کردہ سیال آزاد کر دیتے ہیں۔ اِس حقیقت کو اُس وقت یاد رکھنا چاہیئے جبکہ کچھ متلازم التہابِ گردہ بھی ہو، جس میں ترشہ دمویت پہلے ہی سے موجود ہو سکتی ہے۔

قلب پر درد اکثر شدید ہوتا ہے، اور اس میں لفاح (belladonna) کے پلستروں

سے، مارفیا کی تھوڑی مقداروں کے داخلی استعمال سے اور ¼ گرین مارفیا کے تحت الجلدی اشراب سے تخفیف کی جاسکتی ہے۔ کھانسی کا تدارک منفثات اور مسکنات کی تھوڑی مقداروں سے کیا جاسکتا ہے (ملاحظہ ہو التہاب شعبی کا علاج) اور قے کا تدارک فوّار مالحات سے۔ اورطی مرض میں، جس کے ساتھ بیش پرورش بھی موجود ہو، ایک نہایت تکلیف دہ علامت قلب کا تند فعل اور گردن کی اور عام طور پر سارے جسم پر کی وریدوں کا تڑپنا ہے۔ اس میں صبغیہ بھنگ (۱ تا ۳ قطرات) کے، برومائڈز کے، اور مارفیا کی ایک تھوڑی مقدار کے استعمال سے بہت کچھ تخفیف ہوسکتی ہے۔ ریوی نزف شاذ ہی اتنا کافی ہوتا ہے کہ زندگی کے لئے خطرے کا باعث ہو، اور اس کے لئے حابسات الدم کی ضرورت نہیں ہوتی۔ فعل قلب کے ناگہانی طور پر موقوف یا کمزور ہو جانے کی حالتوں میں، بالخصوص دوران عدم حسیت میں، جبکہ موت قریب الوقوع ہو، ۱۰۰۰ میں ۱ حصہ ایڈرینالین (adrenalin) کے ۱ تا ۳ سی۔سی کا اشراب ایک پچکاری کے ذریعہ سے دائیں بطین کے اندر کرنے سے زندگی بحال کی جاسکتی ہے۔ سوئی، جس کا طول ۳ انچ لمبا ہوتا ہے، پانچویں ضلعی کری سے اوپر، عظم القص کے بائیں جانب کے قریب، راست پیچھے کو، اور قدرے اندر کی طرف، گذاری جاتی ہے۔ یہ معلوم کرنے کے لئے کہ ½۱ تا ۲ انچ کی گہرائی پر بطین کے اندر سوئی پہنچ چکی ہے اشراب سے پہلے تھوڑا خون باہر کھینچ لیا جاتا ہے۔

بوڑھے اشخاص کے عضلۂ قلب کے مرض میں سانس پھولنے کے دوری حملے بہت تکلیف پیدا کر دیتے ہیں۔ آکسیجن کے استنشاقات اکثر تسکین کا باعث ہوتے ہیں، اور مارفیا کے تحت الجلدی اشرابات (ان سے بھی تسکین ہو جاتی ہے) کی نسبت پسندیدہ تر ہوتے ہیں (25)۔ اس نظریہ کی بنا پر کہ سانس کا پھول جانا اضافی چپ جانبی فشل کے ذریعہ ابتدائی ریوی تہبج پیدا ہونے کا نتیجہ ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 252)، مصنف نے پھیپھڑوں میں ہوا کا دباؤ زیادہ کرنے کے لئے پلیش (Plesch) کا طریقہ کامیابی کے ساتھ انجام دیا ہے، جو کہ ریوی تہبج کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے۔

آتشکی التہاب عضلۂ قلب کا علاج وسیع مدت تک دافع آتشک ادویہ سے کرنا چاہیئے۔ سلف آرسینال (sulfarsenol) (۳ ء۰ تا ۴۸ ء۰ گرام) کے عمیق تحت الجلدی انشرابات ہفتہ وار دئے جاسکتے ہیں۔ اِس کا ایک نصاب ۶ گرام پر مشتمل ہوتا ہے، اور مختلف نصابوں کے درمیان ۶ ہفتے گذر جانے دئے جاتے ہیں۔ نصاب کے دوران میں ½ گرین یلو آیوڈائڈ آف مرکیوری (yellow iodide of mercury) روزانہ تین بار بصورتِ اقراص دیا جاسکتا ہے، جو بڑھا کر دن بھر میں ۸ یا ۱۲ دئے جاسکتے ہیں۔ نصابوں کے درمیان میں پوٹاسیم آیوڈائڈ دینا چاہیئے۔

مرضِ قلب اور حمل۔ اکثر اوقات یہ سوال اٹھتا ہے کہ آیا اُن مریضوں میں حمل ہونے دینا چاہیئے یا نہیں، جن میں استماع کرنے پر مطرانی بازروی، مطرانی ضیق یا اورطی بازروی کے خریرات موجود پائے گئے ہوں۔ ذیل کی صورتوں میں حمل ہونے دینا چاہیئے:- (۱) اگر اِس کی شہادت موجود ہو کہ مصراعی مرض طویل عرصہ سے ہے اور حال ہی میں مصراعوں کا کوئی التہاب نہیں ہوا ہے۔ (۲) اگر جہد کی تحمیلیت اچھی ہو۔ (۳) اگر قلب بڑا یا غیر معمولی طور پر تحریک پذیر نہ ہو۔ (۴) اگر اس کی لَے طبعی ہو۔ (۵) اگر اورطی بازروی میں انکماشی اور انبساطی فشار دموی کے درمیان کوئی بڑا فرق نہو، اور ضربۃ الراس بہت زیادہ باہر کی طرف یا بہت زیادہ زوردار نہو۔ (۶) اگر مطرانی ضیق میں کھانسنے یا گہری سانس لینے کے بعد کشش میں متواتر تکتکات (جو اذیما کا آغاز ظاہر کرتے ہیں) نہ موجود ہوں۔ دوران حمل میں مستزاد انکماشات کے وقوع پر کوئی توجہ نہیں کرنی چاہیئے لیکن اذینی ریشکی انقباض کی موجودگی کو قطعی رکاوٹ تصور کرنا چاہیئے (Mackenzie)۔ اگر مشورہ کے خلاف حمل شروع ہوگیا ہے تو مریضہ پر احتیاط کے ساتھ نظر رکھنی چاہیئے اور اگر ناموافق علامات ظاہر ہوں تو حمل کو ختم کردینا چاہیئے۔ جب کبھی قلب فعلی ناکارکردگی کے کوئی امارات ظاہر کرے تو مریضہ کو بستر میں سہارا لیکر آرام لینا اور دن کے وقت کچھ وقفوں کے بعد گہری سانس لیتے رہنا چاہیئے تاکہ پھیپھڑوں کے اندر سے دوران خون ہونے میں مدد پہنچے۔ حمل کے آخری مہینوں میں وضع حمل کا امالہ کرنا ایک طویل عمل ہے، اور اسی واسطے اس میں قلب پر اُس سے زیادہ بار ہوتا

ہے کہ جتنا خود بخود وضع حمل ہونے کی صورت میں ہوتا ہے - ایسی اصابتوں میں شگاف قیصری کے عمل کے متعلق غور کرنا چاہئے ، بالخصوص اسوجہ سے کہ اس عمل میں فالوپیائی انبوبوں کے بعض حصوں کے استیصال جزوی کے ذریعہ تعقیم کا عمل بھی ساتھ ساتھ انجام دیا جا سکتا ہے - میکنزی بیان کرتا ہے کہ شادی شدہ عورت میں مرض قلب کا کوئی درجہ بھی مانع جماع نہیں ، بشرطیکہ عورت کو جماع کی خواہش معلوم ہوتی ہو اور وہ اُسے انجام دینے کی قابلیت رکھتی ہو -

خبیث التہابِ درون قلبہ

(malignant endocarditis)

ساری، عفونی، تقرحی یا جرثومی التہاب درون قلبہ

(infective, septic, ulcerative or bacterial endocarditis)

بحثِ اسباب - حاد روماتزم خبیث التہاب قلبہ کا پیش رو ہے ، لیکن ایسی اصابتوں کی تعداد [۱۶۰ میں سے ۳۵ - آسلر (Osler)] اُس تعداد سے کم ہے کہ جس میں روماتزم سادہ التہاب درون قلبہ کا سبب ہوتا ہے - اِن میں سے بعض اصابتوں میں علامات کا نمو روماتزمی تپ کے دوران میں ہو جاتا ہے ، اور بعض میں یہ علامات مزمن مصراعی مرض کے دوران میں پیدا ہو جاتی ہیں ، جو وقوع سرایت کی استعداد پیدا کر دیتا ہے - اِس کے برعکس ، خبیث التہاب درون قلبہ کا وقوع اُسوقت بھی ممکن ہے جبکہ مصراع تندرست ہوں ، بالخصوص تکشف اور سخت عضلی کام کے بعد - زمانہ جنگ کے تجربہ سے اس کی تصدیق ہو چکی ہے (19) - علاوہ روماتزم کے اِس کا سبب مُعدّ حاد ذات الریہ ، ثورانی حمیات مثلاً قرمزیہ ، نفاسی اعمال (puerperal processes) ، سطح جسم پر کے کھلے ہوئے زخموں کی موجودگی ، عفونت الدم اور تقیح الدم (پائی میا) ہو سکتے ہیں - اغشیہ مخاطیہ سے ریمی اخراجات مواد (التہاب مجری البول ، التہاب جہبل ، جو فیزی تقیح) بھی یہ مرض پیدا کر سکتے ہیں ، لیکن آخر الذکر کے پیدا ہونے کا احتمال اُسوقت زیادہ

ہوتا ہے جبکہ پیپ کسی وجہ سے رُکا رہے اور مواد کی آزادانہ طور پر سیلیت نہ ہوتی ہو ایسا ہونے کا امکان بچوں میں مزمن التہاب لوزتین یا بالغوں کی حالت میں دندانی خراجات میں خاص طور پر ہوتا ہے ۔ ۱۰۰۰ فارغ الخدمت آدمیوں میں کہ جن کو مرض قلب تھا، تحت الحاد جرثومی التہاب دروں قلبہ کا حملہ ۱۲ فی صدی میں ہوگیا۔ اورطی بازروی کی غیر آتشکی اصابتوں میں یہ ۳۲ فیصدی میں موت کا سبب ہوا، لیکن مطرانی ضیق میں ۶ فیصدی میں (20)۔

ساری التہابِ دروں قلبہ (infective endocarditis) میں احشاء کے اندر مختلف دقیق عضویے پائے جاتے ہیں۔ نبقاتِ سبحیہ، یعنے نبقہ سبحیہ اخضر (S. viridans) نہایت عام ہیں، جو دہن اور بڑی آنت کے اندر ملنے والے نبقات سبحیہ سے مماثل ہوتے ہیں۔ نبقاتِ عنبیہ، نبقات سحائیہ، نبقات ریوی، فریڈلینڈر کا عصیہ ذات الریہ، اور تدرن، خناق وبائی، اور تپ محرقہ کے عُصَیّے، اور نبقہ سوزاک اور ناہوا باش (anaerobic) عُصَیّے کبھی کبھی ملتے ہیں۔ یہ عضویے کسی مرکز سرایت سے نکلکر خون کے اندر داخل ہوجاتے ہیں اور وہاں سے پھر مصراعوں پر مُرتسب ہوجاتے ہیں۔ مرض کی زیادہ حاد قسموں میں نبقاتِ سبحیہ دورانِ حیات میں اکثر خون کے اندر پائے جاتے ہیں۔

مرضی تشریح ۔ التہاب دروں قلبہ کی اِس قسم میں ملتہب شدہ مصراع کی بافت نرم پڑکر ٹوٹ جاتی ہے، جس سے تاوکلات یا تقرحات پیدا ہوجاتے ہیں، اور اِس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اُس سطح پر، جو کھردری ہوگئی ہے، فائبرین مُرتسب ہوجاتی، اور روئیدگیوں کے بیقاعدہ تودوں کی صورت میں جمع ہوجاتی ہے، جو ممکن ہے کہ ایک فندق (hazel nut) کی جسامت کے برابر ہوجائیں۔ مناسب طریقوں کی مدد سے سطح پر، اور روئیدگیوں کے جِرم میں کم و بیش گہرائی پر عضویے دکھلائے جاسکتے ہیں، جہاں وہ حاد اصابتوں میں بڑے بڑے تودے بنا دیتے ہیں نیز سرایت زدہ سطح کے نیچے ایک منطقہ کثیر الاشکال نواتی خلیوں کی دررریزش کا موجود ہوتا ہے۔ جب مرض مزمن ہوتا ہے تو عضویے نسبتہً بہت کم ہوتے ہیں، اور اعمالِ اندمال جو لیفی ناہضات کے ذریعہ سے انجام پاتے ہیں

نسبتۃً زیادہ بدیہی ہوتے ہیں۔ مصراع میں کے اِن اعمال سے متعدد اہم تغیرات پیدا ہوجاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ خود مصراع مشقوب ہوجائے، یا نسیج کی دھجیاں جزئًا جدا ہوکر خون کی رَو میں ڈھیلی لٹکتی رہیں، یا بعض حصے بکلّیہ جدا ہوجائیں۔ بعض اوقات مصراع کا ایک حصہ اتلافی عمل سے اتنا کمزور پڑجاتا ہے کہ وہ خون کے دباؤ کے مقابلہ کی تاب نہیں لاسکتا، اور مصراع کا ایک تاچکی اتساع یا انوریسما پیدا ہوکر مقابل جانب پر اُبھر آتا ہے۔ دوسرا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مصراع کی ایک دھجی، جو بطین کے انکماش و انبساط کے ساتھ خون کی رَوؤں میں آگے کی طرف اور پیچھے کی طرف کھیلتی ہے اور اپنے سامنے اور پیچھے کے کہفوں کی دیواروں سے متبادلًا ٹکراتی ہے، متعلہ حصوں میں التہاب دروں قلبہ، یا شریان کے اندرونی استر کا التہاب (endarteritis) پیدا کردیتی ہے۔ دھجی کے ٹکرانے کے مقام پر سرایت واقع ہوکر استری جھلی کے التہاب کی ایک تازہ جھکتی پیدا ہوجاتی ہے۔

لیکن خبیث التہاب دروں قلبہ کا اہم ترین اثر سارے نظام شریانی کی وہ سرایت ہے جو مصراعوں کے جدا شدہ ریزوں سے پیدا ہوجاتی ہے جو اعضائے بعیدہ میں منتقل ہوجاتے ہیں۔ اِس مرض کے مخصوص مظاہر اِسی عمل کی وجہ سے، اور ساتھ ہی جدا شدہ ٹکڑوں میں عضویوں کی موجودگی کے سبب سے رونما ہوتے ہیں۔ سدادیت جسم کے تقریباً کسی بھی حصے میں واقع ہوسکتی ہے۔ وہ بالخصوص طحال اور گردوں کے عروق میں عام ہے، لیکن دماغ، غذائی کنال، جلد، شبکیہ (retina) اور پھیپھڑوں کے عروق میں اور جوارح کو رسد پہنچانے والی بڑی شریانوں، جیسے کہ کعبری، زندی، قصبیتی، عضدی، اور دوسری شریانوں میں بھی واقع ہوجاتی ہے۔ اِن انغرازات کے مقامی نتائج یہ ہیں:۔ (۱) دوران خون کا تسدد (۲) مسدود عرق کی توزیع کے رقبہ کے اندر تنخر یا نزف، یا اِن دونوں کا وقوع، اور منفعات کی تکوین۔ اور (۳) دقیق عضویوں کے عفونی اثر سے اُسی رقبہ کا تقیح، اس وقت جبکہ عمل حاد ہو (ملاحظہ ہو سدادیت: embolism)۔

مختلف اعضا پر اثرات، جیسے کہ وہ خبیث التہاب دروں قلبہ کی مختلف اصابتوں میں دیکھے جاتے ہیں، یہ ہیں:۔ دماغ کی لینت (softening) اور خراج

281

اور التہاب سحایا (meningitis) - شبکیہ کے نزفات اور عصب بصری کا التہاب۔
طحال کا منتشر ورم، انفعام اور خراج - تین طریقے ہیں جنسے گردے ماؤف ہوسکتے ہیں ا۔
(۱) حادسمّی التہاب گردہ (acute toxic nephritis) ہوسکتا ہے۔ (۲) حاد ماسکی سدادی التہاب گردہ (acute focal embolic nephritis) نمودار ہوکر کیاٹ گزیدہ گردے (flea-bitten kidney) پیدا کرسکتا ہے، جو اکثر بڑے، اور ایک سفید زمین پر نزفی نقطوں کی وجہ سے دھبہ دار ہوتے ہیں۔ خردبین سے دیکھنے پر مختلف الجسامت دروں کیسی نزفات نظر آتے ہیں جو بتدریج تعضیہ یافتہ ہوجاتے ہیں، اور رخنکی بافت کا ایک چکتی دار اُذیما بھی، بلا لیا ئڈ کے نظر آتا ہے۔
(۳) انفعام کے ذریعہ سے - ممکن ہے کہ جلد کے نیچے نزفات، پھیپھڑوں کے نزفی مغعلات اور خراج، ذات الجنب اور دبیلہ بھی موجود ہوں۔

سادہ التہابِ دروں قلبہ کی طرح خبیث التہاب دروں قلبہ بھی خاصکر قلب کی بائیں جانب کو ماؤف کرتا ہے - لیکن ان اصابتوں کا تناسب، جن میں دائیں جانب ماؤف ہوتی ہے، اس سے بہت زیادہ ہوتا ہے کہ جتنا سادہ قسم کے التہاب کی صورت میں ہوتا ہے۔ اصابتوں کی غالب تعداد میں خبیث التہاب دروں قلبہ انھیں مصراعوں پر ہوا کرتا ہے جو ماسبق سادہ التہاب دروں قلبہ کے اثرات ظاہر کرتے ہیں -

علامات - اِس مرض کے علامات اور اِس کا ممر نہایت اختلاف ظاہر کرتا ہے - بعض اصابتوں میں علامات ابتداءً محض یہ ہوتے ہیں کہ تپ آکر دوپہر کے بعد تپش بلند ہوجاتی ہے، یا شاید پسینہ آتا ہے، اور یہ ایسے مریض میں ہوتا ہے جو ایک فاعلی زندگی بسر کرتا ہے، اگرچہ شاید یہ معلوم ہوتا ہے کہ اُسے مصراعی مرض ہے، اور یہ کم و بیش کامل طور پر تعویض یافتہ ہے - تپش ممکن ہے کہ بلند ہو اور ۱۰۲ یا ۱۰۳ درجہ تک پہنچ گئی ہو - لیکن وہ عموماً متفتر یا متوقف ہوتی ہے، بعض اوقات طویل عرصوں تک حیرتناک باقاعدگی کے ساتھ - پسینہ اکثر بکثرت آتا ہے، اور ممکن ہے کبھی کبھی ایک قشعریرہ بھی ہو - نبض سریع ہوکر ۹۰ سے ۱۲۰ تک جولانی رکھتی ہے، بلکہ اس سے بھی بلند تر - اگر قلب کا استماع کیا جائے تو عموماً ایک نہ ایک دھمنہ پر ایک خریر

سنائی دیگا، لیکن یہ زیادہ تر بائیں جانب پر ہوتا ہے ۔ تاہم یہ نہیں بھولنا چاہیئے کہ ان اصابتوں میں ممکن ہے کہ خربات بکلیہ غیر موجود ہوں ۔ طحال عام طور پر بڑھی ہوئی ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ البیومن بولیت یا دم بولیت موجود ہو، اور ثانوی عدم دمویت بھی ہوتی ہے ۔ کبھی کبھی یہ اصابت حاد التہاب گردہ سے مشابہ ہوتی ہے ۔ جہاں روماٹزم کی ماسبق سرگذشت موجود ہو، یا مرض قلب معلوم ہو، وہاں ممکن ہے کہ قلب کی جسامت اور اُس کے فعل کی غیر طبعی حالتیں پائی جائیں ۔

کثیر التعداد اصابتوں میں تپ محرقہ سے قریبی مشابہت پائی جاتی ہے، بالخصوص اِسوجہ سے کہ تپ کا وقوع تقریباً خود بخود ہوتا ہے اور اِس کے ساتھ دردِ سر اور بڑھی ہوئی طحال ہوتی ہے، جو کہ عمومی سرایت سے یا سدادیت کی وجہ سے ہوتی ہے ۔ لیکن گلابی دھبے نہیں ہوتے ۔ چنانچہ ممکن ہے کہ مریض بالکل اچھا ہو حتیٰ کہ اُسے ایسی علامتوں کی شکایت پیدا ہوجائے، جیسی کہ دوسرے شدید حمائی امراض کی ابتداء میں ہوا کرتی ہیں، دردِ سر، یا پشت و جوارح کا درد، یا ایک صریح قشعریرہ یا قشعریرے ۔ پھر اِس کے بعد شدید ارتفاعِ حرارت اور اُس کی معمولی حالتیں، یعنی بلند تپش، سریع نبض و تنفس، خشک زبان، عدمِ اشتہا، تشنگی اور کسلمندی پیدا ہوجاتی ہیں ۔ اکثر اوقات مریض چند ہی روز کے اندر منبطح، بے پروا، غنودہ ہوتا ہے، اور رات کے وقت اُسے ہذیان ہوجاتا ہے ۔ لیکن اِس علامت کے نمودار ہونے کا وقت، جو غالباً سم کی قشبیت کے لحاظ سے متعین ہوتا ہے، تغیر پذیر ہوتا ہے ۔ آنتوں کی حالت مختلف ہوتی ہے، لیکن اکثر پتلی زرد اجابتیں ہوتی ہیں، جو تپ محرقہ کی اجابتوں سے بہت مشابہ ہوتی ہیں ۔ اور ممکن ہے کہ شکم متمدد ہو ۔ اِن اصابتوں کی مدت عموماً دس دن سے لیکر دو یا تین ہفتے تک ہوتی ہے، یعنے اِس سے بہت کم کہ جتنی تحت الحاد ساری التہابِ درونِ قلبہ (subacute infective endocarditis) کی اصابتوں میں ہوتی ہے ۔

282

اصابتوں کے ایک دوسرے گروہ میں قشعریرے ایک نمایاں علامت ہوتے ہیں، اور وہ دن بھر میں ایک، دو، یا زائد بار ہوتے ہیں، اور اُس تقیح الدم سے جو زخموں کے باعث ہو، نہایت قریبی مشابہت پیدا ہوجاتی ہے ۔ حقیقت

یہ ہے کہ التہاب لُبّ العظام کی حالت میں، جو نبقہ عنبلیہ ذہبیہ کے باعث ہو، ممکن ہے کہ ساری التہاب دروں قلبہ کوئی مخصوص ممیز علامات نہ پیدا کرے اور یہ ضرر صرف امتحان بعد الممات یعنے لاش کے معائنہ کے وقت ظاہر ہو۔ اسطرح ایک دوسرے گروہ میں عضویے دماغی سحایا پر حملہ آور ہوتے ہیں، اور التہاب سحایا کی علامتیں ہی ایک نمایاں منظہر ہوتی ہیں۔

اس مرض کی کسی بھی اصابت میں، ان علامتوں پر جو کہ عفونت الدمی سرایت پر منحصر ہوتی ہیں اور علامتیں بھی مستزاد ہوسکتی ہیں جو سدادیت سے شرائین یا شریانچوں کا تسدد واقع ہونے کے باعث پیدا ہوجاتی ہیں۔ بعض اوقات دماغ کی ایک بڑی عرق کی سدادیت ہوکر فالج نصفی (hemiplegia) پیدا کردیگی۔ اگر ٹانگ یا بازو کی عرق مسدود ہوگئی ہے تو کلائی یا ٹخنے کے مقام پر کی نبض غائب ہوجائے گی۔ لیکن تاوقتیکہ ایک بہت بڑی عرق ماؤف نہ ہوجائے، گنگرین یا سردپن کا واقع ہونا ضروری نہیں۔ احشاء کے چھوٹے عروق کی سدادیتیں زیادہ اکثر الوقوع ہیں۔ اسطرح اکثر طحال کی کلانی اور الیمیت پیدا ہوجاتی ہے، جو جزوی مفعمات کی وجہ سے ہوتی ہے، اور طحال وزن میں ۲۰ تا ۳۰ اونس ہوسکتی ہے۔ مفعمات گردے میں بھی واقع ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ اُن کے ساتھ درد بھی ہو اور قارورے میں البیومن یا خون نمودار ہوجائے۔ بعض اصابتوں میں جلد کے نیچے نمشی نزفات ظاہر ہوجاتے ہیں، جو عموماً چھوٹے ہوتے ہیں، اور دھڑ پر، جنگاسوں اور بغلوں کے گرد وپیش واقع ہوتے ہیں۔ استثنائی حالات میں ممکن ہے کہ ایک پرپیوری حالت مہینوں تک موجود رہے۔ بعض اوقات جلد پر چھوٹے چھوٹے دردناک احمرانی اورام نمودار ہوجائیں گے، بالخصوص ہاتھ کی انگلیوں کی خم پذیر سطحوں پر، اور چند روز رہکر پھر یہ اورام غائب ہوجاتے ہیں۔ یا ایک زیادہ گہرا درد ہوتا ہے، اور جسم یا جوارح کی عمیق تر بافتوں میں ایک نسبتہً بڑا اور الیم گومڑا جلد کے نیچے محسوس کیا جاسکتا ہے، اور چند روز تک قائم رہتا ہے۔ ان کو آسلر کے نقاط (Osler's spots) کہتے ہیں اور یہ تحت الحاد مرض میں بالخصوص تشخیصی اہمیت رکھتے ہیں۔ یہ غالباً سدادی واقعات ہیں۔ شبکیہ میں اکثر نزفات دیکھے جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ نفث الدم

اور رُعاف بھی ہو۔ سدادی اعمال غالباً بعض التہابی حالتیں بھی پیدا کر سکتے ہیں، مثلاً التہابِ گردہ کی وہ قسم جو پہلے بیان کی گئی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 281)، اگرچہ یہ مشکوک ہے کہ یہ التہابی حالتیں عروقی تسدد کا نتیجہ ہوتی ہیں یا دقیق عضویوں کے داخل ہو جانیکا۔ التہاب گردہ یا منفعمات کی وجہ سے البیومن بولیت اکثر واقع ہو جاتی ہے بعض اوقات التہاب عصب بصری موجود ہوتا ہے۔

ایک خاص گروہ اُن کم و بیش مزمن اصابتوں کا ہے جنھیں تحت الحاد جراثیمی التہاب دروں قلبہ (bacterial endocarditis) یا بطی التہاب دروں قلبہ (endocarditis lenta) کہتے ہیں (19 ،23 ،24)۔ یہ مرض نامحسوس طور پر پیدا ہو جاتا ہے۔ مریض رفتہ رفتہ شاحب اور عدیم الدم ہو جاتا ہے، وہ اکلسی میں مبتلا ہو جاتا ہے، تپش میں اکثر خفیف ارتفاعات ہوتے رہتے ہیں، جو اکثر ۱۰۰ درجہ فارن ہائٹ سے زائد نہیں ہوتے۔ انگلیاں ممیز طور پر گرز شکل ہو جاتی ہیں، اور طحال بڑی ہو جاتی ہے۔ کبھی کبھی نمشی (petechial) یا دوسرے سدادی علامات پائے جاتے ہیں، مثلاً خفیف البیومن بولیت ہو سکتی ہے، اور ممکن ہے کہ قارورہ کے اِمخاض سے دموی خلیات کی موجودگی ظاہر ہو جائے۔ نقاطِ آسلر مرض کی اِس قسم کے لئے بالخصوص ممیز ہیں۔

خبیث التہاب دروں قلبہ کی مدت نہایت مختلف ہوتی ہے۔ اِس کی بعض اصابتیں، جن میں مستمر ارتفاع حرارت کے سوائے اور کچھ نہیں ہوتا، چھ یا سات ماہ تک جاری رہتی ہیں۔ تقیح الدموی یا شدید محرقی قسم کی حالتیں، یا وہ جنمیں التہابِ سحایا ہو، چند ہی ہفتوں یا دنوں میں ہہلک ثابت ہوتی ہیں۔ موت عموماً فشلِ قلب، یا یوریا دمویت یا سدادیت کی وجہ سے واقع ہوتی ہے۔

تشخیص۔ اس کا انحصار متفتریا عفونی قسم کے ارتفاعِ حرارت، مصراعی مرض کی موجودگی، اور سدادیت کے متذکرۂ بالا مظاہر پر ہوتا ہے۔ نیز نمایاں عدم دمویت اور التہابِ عصبِ بصری، جب یہ موجود ہوں، قیمتی امارات ہیں۔ لیکن ممکن ہے کہ ساری بیماری بھر میں خریر موجود نہ ہو، اور اگر موجود ہو تب بھی یہ مصراعی مرض انفلوئنزا، تپ محرقہ، یا تدرن کے امکان کو خارج نہیں کرتا۔ چنانچہ ممکن ہے کہ تشخیص کا انحصار

283

سدا دیتوں کے وقوع پر ہی رکھنا پڑے ۔ خبیث التہاب دروں قلبہ اکثر غلطی سے تپ محرقہ سمجھ لیا جاتا ہے، لہذا امتحانات التزاقی (agglutinatosis tests) عمل میں لانے چاہئیں ۔ بعض تحت الحاد اصابتوں میں طحال بڑھی ہوئی اور عدم دمویت اتنی زیادہ ہوسکتی ہے کہ طحالی عدم دمویت (splenic anaemia) کا شبہ پیدا ہوتا ہے ۔ اس کا امکان اُسوقت اور بھی زیادہ ہوتا ہے جبکہ سرخ نمشاست یا مخاطی جھلیوں کے نزفات موجود ہوں اور جبکہ خریر یقینی طور پر غیر عضوی ہو۔ عفونی التہابِ دروں قلبہ سے ملیریا کا گمان پیدا ہوسکتا ہے۔ مسلسل ارتفاعِ حرارت جس کے ساتھ صریح امارات نہوں، آغاز پذیر دخنی تدرن (miliary tuberculosis) نیز خبیث التہاب دروں قلبہ دونوں کی وجہ سے ہوسکتا ہے ۔ لیکن کچھ عرصہ کے بعد ان میں سے کسی ایک نہ ایک مرض کے مخصوص مقامی امارات مشاہدے میں آجانے چاہئیں ۔

خون کا امتحان نبقات سبحیہ اور دوسرے عضویوں کے لئے کرنا چاہئے ۔

انذار ۔ یہ نہایت بُرا ہوتا ہے، اور محرقی یا تقیح الدموی قسم کی ایک نمایاں اصابت سے شفایابی شاذ ہوتی ہے ۔ اِس کے برعکس، تحت الحاد جراثیمی التہابِ دروں قلبہ کے حملوں کے بعد تخفیف ہوگئی ہے، لیکن ممکن ہے کہ وہ مختلف وقفے کے بعد پھر واقع ہوجائیں ۔

تحریز ۔ عفونی دانت نکالدینے کے بعد اِس کی اصابتیں واقع ہوگئی ہیں ۔ بہت سے دانتوں کے نکالنے کے لئے سب سے زیادہ خالی از خطر طرز عمل یہ ہے کہ دندان ساز سے تمام دانتوں کو نہایت احتیاط کے ساتھ کھرچوا کر صاف کرایا جائے اور ایک ہفتہ کے بعد پھر ایسا کرایا جائے ۔ اور پھر چند دنوں کے بعد تمام دانتوں کو جن کا نکالدینا ضروری ہے ایک ہی وقت میں نکلوا دیا جائے ۔ ایک وقت میں ایک ایک یا دو دو دانت کر کے عرصہ دراز میں دانتوں کے نکالنے میں یہ خطرہ ہے کہ مُنہ میں جو عفونی دانت پیچھے باقی رہ جاتے ہیں اُن سے زخموں کے سرایت زدہ ہوجانے کا اِمکان ہوتا ہے ۔

علاج ۔ بیشتر اصابتوں میں صریحاً اِس سے زائد نہیں ہوسکتا کہ تخفیف مرض

کردے۔ جیسا کہ تفقیح الدم میں کیا جاتا ہے، اگر کوئی زخم یا جلدی قرحہ (sore) ہو تو اسے عدیم العفونت کردینا چاہیئے، اور کونین (۵ گرین)، سوڈیم سلفوکاربونیٹ (۱۰ تا ۲۰ گرین)، یا سوڈیم بینزوئیٹ (۲۰ گرین) کی خوراکیں بار بار دیکر مرض پر اثر ڈالنے کی سعی کرنی چاہیئے۔ چند اصابتوں میں ضد نبقی سبحی مصل یا خودزاد جُدرین کے تحت الجلدی اشراب سے اچھے نتائج مترتب ہوئے ہیں۔ لیکن بعض اوقات خون میں کوئی دقیق عضویوں کا ملنا ناممکن ہوتا ہے، اور جب وہ پائے بھی جائیں اور جدرین تیار بھی کرلی جاسکے تو شاذ مستثنیات کے سوائے وہ اکثر بیکار ہوتی ہے۔ جب عضویہ تفرید کرلیا گیا ہو تو ایک اور امید افزا طریقہ علاج یہ ہے کہ مریض کے کسی رشتہ دار میں اُس کی تلعیم کرکے اُس رشتہ دار سے مریض میں مناعتی نقل الدم عمل میں لایا جائے۔ تمریض اور غذا کے متعلق ان عام قواعد پر عمل کرنا چاہیئے جو حمائی حالتوں میں استعمال کئے جاتے ہیں۔ اگر ضرورت ہو تو قابضات سے اسہال وافر کو روکا جاسکتا ہے۔ ہذیان شاذ ہی اسقدر تند ہوتا ہے کہ اُس کے لئے کسی خاص علاج کی ضرورت پیش آئے۔ یہ قدرتی امر ہے کہ مہیجات دئے جاتے ہیں، کیونکہ قلب کا فعل جلد ہی خطرناک طور پر متاثر ہوجاتا ہے۔

علامیۂ جہد

(EFFORT SYNDROME)

(قلب کا غیر منتظم فعل۔ سپاہی کا قلب)

(disordered action of the heart, soldier's heart)

گذشتہ جنگ کے دوران میں جنگی جدوجہد کے وہ اثرات جو سپاہی کے قلب پر طاری ہوتے ہیں ہمیشہ زیر مشاہدہ و مطالعہ رہے۔ ہزارہا سپاہی مختلف اوقات میں ایسے علامات کی بنا پر معذور الخدمت قرار دئے گئے جن سے ایک کمزور قلب یا مرضی قلب کا پتہ چلتا تھا، اور ایسی مثالوں میں مریض کے قلبی یا دیگر ضرر کی نوعیت پر، اس ضرر کے بہترین طریقۂ علاج پر، نیز مریض کی جنگی ملازمت کے

مستقبل کے اندار پر، یعنے اُس کی موقوفی یا خدمت پر بحال ہونے کے متعلق غور وخوض کرنا پڑتا تھا۔ اِس موضوع پر اُس روئداد میں بحث کیگئی ہے جو ٹی لیوس (T. Lewis) نے مجلس تحقیقاتِ طبّی کی خدمت میں پیش کی (خاص روئدادوں کا سلسلہ ۸ ۱۹۱۸ء)۔ اور اِس اہم روئداد میں اُن ایک ہزار سپاہیوں کے مطالعہ کے نتائج درج کیئے گئے ہیں، جو قلبی عروقی نظام کے حقیقی یا فرضی نقائص کی بنا پر دورانِ تربیت میں یا فاعلی جنگی خدمت کے زمانہ میں بیمار قرار دیدئے گئے تھے۔

بحثِ اسباب ۔ متعدد مختلف حالتوں میں (مثلاً تدرّن، جھوٹی گِلگھا، مصراعی مرضِ قلب، اور بعض دوسری ایسی حالتوں میں جن میں جسم کے اندر کوئی صریح ضرر موجود نہیں ہوتا) ایک متعیّن علاماتی مخلوط موجود ہوتا ہے، جسے علائمیہ جہد کہتے ہیں۔ آخرالذکر قسم کی اصابت کو (یعنے جبکہ جسم میں کوئی دوسرا ضرر موجود نہو) "قلب کا غیر منتظم فعل" کہتے ہیں۔ اس نام پر اعتراض کیا جاتا ہے، کیونکہ یہ صرف قلب ہی کیطرف اشارہ کرتا ہے اور اِسطرح مریض پر ایک بُرا اثر پیدا کر دیتا ہے۔ لیوس کا میلانِ خیال یہ ہے کہ اِس مرض میں خود قلب کا فعل ایک ذیلی کیفیت ہے۔

284

مطالعہ اور معالجہ سے پہلے اُن دوسرے امراض کو علٰحدہ کر دینا ضروری ہے جو یہی علامات پیدا کر دیتے ہیں۔ بالخصوص مصراعی مرض قلب کے متعلق یہ سمجھا جاتا ہے کہ اس میں اورطی یا مطرانی انبساطی اور پیش انکماشی خریرات ظاہر کرنے والی اصابتیں شامل ہیں لیکن وہ اصابتیں شامل نہیں کہ جن میں انکماشی خریرات خواہ قاعدۂ قلب یا راس پر موجود ہوں، کیونکہ اِس قسم کے خریر کی اہمیت غیر یقینی ہوتی ہے۔ سپاہیوں میں انکماشی خریرات کی موجودگی شاذ ہی مصراعی مرض پر دال ہوتی ہے، اور اِس حالت میں مصراع کو جو نقصان پہنچا ہوتا ہے وہ اکثر محض خفیف سا ہوتا ہے۔ مزید برآں صرف انکماشی خریر کی بنا پر معذور الخدمت قرار دیدیئے ہوئے مریض، امتحان کرنے پر تقریباً تمام مثالوں میں فاعلی خدمت کے قابل پائے جاتے ہیں۔

یہ عارضہ خاص کر قعودی پیشہ کے اشخاص میں پایا جاتا ہے، اور بالخصوص زیادہ ذہین کارکنوں کی جماعت میں ہوتا ہے۔ فطرتاً یہ لوگ زیادہ حساس ہوتے ہیں۔ اِن میں منشیات سے قطعی پرہیز کا رواج ہوتا ہے (۴۵ ۴ مثالوں میں ۴۳ فیصدی)۔

رہراوی امراض کی رُوداد نہایت شاذ ہوتی ہے، بلکہ اس کے برعکس اکثر استمنا بالید یعنے جلق زنی پائے جانے کا یقین ہوتا ہے۔

غالباً عصب تائیہ کا فعل غیر طبعی ہوتا ہے، جیسا کہ دورانِ تنفس میں شرح نبض کے تغیر سے ظاہر ہوتا ہے، اور بعض اوقات نبض نہایت آہستہ ہو جاتی ہے جس کے ساتھ غشی کے دورے ہوتے ہیں۔

نظامِ مشارکی، اڈرینالین (adrenalin) اور اَپوکوڈین (apocodeine) سے اس سے زیادہ آسانی کے ساتھ متہیج اور منخفض ہو جاتا ہے کہ جتنا معمولی حالات میں ہوتا ہے۔ اس سے معلوم ہوتا ہے کہ قلبی تیزی کا سبب مشارکی ہیجان ہو سکتا ہے۔

اس کا کوئی ثبوت موجود نہیں کہ بیش درقیت (hyperthyroidism) اس کا سبب ہے۔ تجربات سے ظاہر ہو گیا ہے کہ درقی کے استعمال کی برداشت یہ مریض بالکل اُسی طرح کر سکتے ہیں جس طرح کہ طبعی اشخاص۔

قلب میں طبیعی امارات موجود نہ ہونے کے باوجود مریضوں میں روماتزمی رُوداد کے ورود کی زیادتی اس امکان پر دلالت کرتی ہے کہ بہت سی اصابتوں میں عضلۂ قلب کا ابتدائی تغیر اس کا سبب ہو سکتا ہے۔ تاہم ورزش کے بعد فوراً سدّ دقّی قلب (heart block) ہونے کے آثار نہیں پائے جاتے، جیسا کہ برقی قلب نگار سے ظاہر ہوتا ہے، اور یہ عموماً ایک قابل قدر امارت ہوتی ہے۔

خون کی کاشتیں منفی ہوتی ہیں۔

یہ اغلب نہیں معلوم ہوتا کہ تمباکو نوشی اس حالت کا سبب ہے، اگرچہ یہ ثابت ہو چکا ہے کہ تمباکو ان مریضوں میں شرح نبض کو اس سے زیادہ کر دیتا ہے کہ جتنی طبعی اشخاص میں ہوتی ہے۔ اولاً تو یہ حالت عام طور پر، دوسری ہندوستانی فوجوں کی طرح، سکھ سپاہیوں میں بھی پائی جاتی ہے جو کہ تمباکو نہیں پیتے۔ علاوہ ازیں تمباکو کا صرفہ عموماً غیر معمولی مقدار میں نہیں ہوتا، اور کافی حیرت انگیز امر یہ ہے کہ زیادہ تمباکو پینے والے اُس سے زیادہ فیصدی تعداد میں کام پر واپس آجاتے ہیں کہ جتنی تعداد میں کم پینے والے آتے ہیں، گو کہ تمباکو مطلق نہ پینے والے اشخاص سب سے زیادہ اچھی حالت میں ہوتے ہیں۔ اس کی صریح وجہ یہ ہے کہ کم پینے والے اشخاص

تمباکو کے اتنے عادی نہیں بنتے کہ جتنے زیادہ پینے والے بن جاتے ہیں - اِس میں کوئی شک نہیں کہ تمباکو نوشی اس حالت میں زیادتی کر دیتی ہے -

ممکن ہے کہ اِس حالت کا بنیادی سبب کسی قسم کا تسمم الدم ہو - اِس حالت کا علاماتی مخلوط اُس سے بہت مشابہ ہوتا ہے جو ابتدائی تدقان میں پایا جاتا ہے' اور اکثر ماسبق سرایت کی روئداد ملتی ہے - ۵۰ تا ۶۰ فیصدی اصابتوں میں اِس عارضہ کی پیدائش میں سرایتوں کے کارفرما ہونے کا شبہ درست معلوم ہوتا ہے -

علامات - "علائمیہ جہد" حسب ذیل علامات پر مشتمل ہوتا ہے :- سانس پھولنا - یہ علامت ہمیشہ پائی جاتی ہے' بالخصوص محنت کرنے کے بعد - بیداری کے اوقات میں ۶۰ تا ۸۰ کی شرح تنفس کا پایا جانا کسی طرح بھی شاذ نہیں - دورانِ خواب میں شرح تنفس طبعی ہوتی ہے' اور اگر مریض آرام سے بستر پر لیٹا رہے تو یہ شرح عموماً نہیں بڑھتی - درد - یہ مریضوں کی تقریباً تین چوتھائی تعداد میں پایا جاتا ہے' اور اِس کی نوعیت پیش قلبہ پر بیقراری سے لیکر ذبحی توزیع رکھنے والے درد تک اختلاف پذیر ہوتی ہے - یہ خاص کر ورزش کے ساتھ متلازم ہوتا ہے - خستگی ایک تقریباً مستقل علامت ہوتی ہے - یہ مسلسل جہد کرنے سے پیدا ہوتی ہے' اور اُس خستگی سے بدرجہا زائد ہوتی ہے جو ایک تندرست شخص میں تھکان کے باعث پیدا ہو جاتی ہے -

دورانِ سر اور غشی - دورانِ سر ایک تقریباً مستقل علامت ہے' اور تبدیل وضع اور جہد کے ساتھ متلازم ہوتی ہے - غشی کے حملے نسبتہً کم عام ہیں - اختلاج اکثر ہوا کرتا ہے' بالخصوص ورزش کے ساتھ - یہ عموماً سریع اور زور دار ضرباتِ قلب کی وجہ سے ہوا کرتا ہے' اور اکثر متزاد انکماشات کی وجہ سے یا کسی دیگر واضح قلبی بے نظمی کی وجہ سے نہیں ہوتا - تاہم متزاد انکماشات ہوتے ضرور ہیں' اور تنفس کے ساتھ جوفی عدمِ توازن (sinus arrhythmia) کا وقوع غیر عام نہیں -

درد سر تقریباً ہمیشہ ہوا کرتا ہے - پسینہ آنا اور برودتِ جوارح عام ہے - پلوکارپین (pilocarpine) کے لئے مجیبیت معمول سے زائد ہوتی ہے - مزاج کا چڑچڑا پن' بے خوابی' توجہ قائم رکھنے کی نا قابلیت' تزلزل' ہاتھوں کا رعشہ' اور تمتماہٹ عام ہیں - کسی بھی شکل میں الکحل لینے کے لئے بے رغبتی ہونا (جو بعض اوقات

285

تقوی کی بنا پر ہوتی ہے، لیکن اُسی قدر عام طور پر کمسن کے سبب سے بھی) ایک اکثرالوقوع اور حیرتناک ایتلاف سمجھنا چاہئے۔

طبعی امارات حسب ذیل ہیں:۔ قلب کی شرح کی زیادتی، جو جذبات ورزش، یا تبدیل وضع (مثلاً اضطجاعی وضع بدلکر کھڑی وضع میں ہوجانے) کی مجیبیت میں بالخصوص نمایاں ہوتی ہے۔ ایک ممتاز اور وسیع طور پر مسلمہ امارت یہ ہے کہ جہد کے بعد شرح نبض کی واپسی سست ہوتی ہے۔ جب مریض آرام میں ہو تو خون کا دباؤ عموماً طبعی ہوتا ہے، لیکن جذبات اور جہد کی مجیبیت مبالغہ کے ساتھ ہوتی ہے اور اکثر بلند مقروأت حاصل ہوتے ہیں۔ منتشر ضربۃ الراس عام ہے، اور ممکن ہے کہ اِس کے ساتھ صدمہ کی قوت کی زیادتی ہو یا نہو۔ یہ عموماً اِتساع قلب کی طبیعی امارت سمجھی جاتی ہے، لیکن صحیح دروں نگار (orthodiagraph) کے ذریعہ لاشعاعی امتحان کرنے سے ظاہر کرتا ہے کہ قلب کی کوئی کلانی نہیں ہے، چنانچہ یہ امارت ناقابلِ اعتبار ہے۔ حقیقت میں قلب چھوٹا ہوتا ہے (56)۔ عمیق معکوسات عموماً زیادہ ہوجاتے ہیں۔ قارورہ ۶۰ فیصدی اصابتوں میں بیش ترشئی ہوتا ہے، اُس کی مقدار کم ہوجاتی ہے، اور اَمونیا اور اَمینو ایسڈز زیادہ ہوجاتے ہیں۔ ۳۰ فیصدی میں حجم بھی کم ہوجاتا ہے، اور قارورہ میں فاسفیٹس جم جاتے ہیں اَمونیا مقدار میں طبعی ہوتا ہے لیکن اَمینو ایسڈز زیادہ ہوجاتے ہیں۔ بہ حیثیتِ مجموعی، قارورہ میں کیلسیم آگزیلیٹ کی قلمیں اکثر پائی جاتی ہیں، اور ۱۵ فیصدی اصابتوں میں صبح کے قاروروں میں کثیر التعداد حیوناتِ منویہ پائے گئے ہیں۔ خون میں سپید خلیتوں کی کثرت ظاہر ہوتی ہے، اُن کا اوسط ۱۲۰۰۰ فی مکعب ملی میٹر ہوتا ہے، اور لمفی خلیات زیادہ ہوجاتے ہیں۔ سپید خلیتوں کی معمول سے زیادہ کثرت ورزش کے بعد مشاہدے میں آتی ہے، لمفوسائٹس زیادہ ہوتے ہیں، اور علامات کی شدت سپید خلیتوں کی کثرت کے ساتھ متوازی ہوتی ہے۔ برقی قلب نگارشیں کوئی غیر طبعی امر نہیں ظاہر کرتیں۔

انذار۔ عبارات ذیل کے ذریعہ یہ فیصلہ کیا جاسکتا ہے کہ آیا مریض آئندہ زمانہ میں صرف قوی کام کے قابل ہوگا:۔ روماتزمی تپ کی سرگذشت، محنت کرنے پر

سانس کا مواظب شدت کے ساتھ پھولنا، پیش قلبی درد جو اتنا کافی شدید ہو کہ ورزش میں مزاحم ہو، ۱۲۰ یا زائد کی شرحِ نبض حتیٰ کہ اضطجاعی وضع میں بھی، ایسے علامات جو سالہا سال سے موجود رہے ہوں، گو وہ محض معتدل شدت کے ہوں۔ مریضوں کے امتحان کا ایک طریقہ یہ ہے کہ اُنھیں تیس سیڑھیوں (steps) کے ایک زینہ پر چڑھنے دیا جائے، اور اِن علامات کو دیکھا جائے:- چہرہ پر تشویش کے آثار، شرحِ تنفس ۳۵ یا زائد، جو اُسوقت بھی قائم رہے جبکہ مریض لیٹا ہوا ہو اور اُس سے وقتاً فوقتاً سوالات کئے جا رہے ہوں، شرحِ نبض ایسی ہو کہ دو منٹ تک لیٹنے کے بعد بھی قبل ورزشی لیول اور اس میں ۵ ضربات سے زیادہ کا وقفہ ہو۔

جو اشخاص ابتک خارج نہیں کئے گئے ہیں، اُن سب کا علاج تدریجی ورزشوں سے کیا جاتا ہے۔ منتخب فوجی ورزشیں کام میں لائی جاتی ہیں، جن سے لوگ بڑی حد تک واقف ہوتے ہیں، اور ان کی تکمیل کے لئے ہلکے یا پورے سامان کے ساتھ منزلیں طے کرائی جاتی ہیں۔ یہ ورزشیں ترقی پذیر شدت کے ساتھ گروہوں میں مرتب کی جاتی ہیں، اور مریض ہر تیسرے یا چوتھے دن بلند تر درجہ میں داخل کر دیا جاتا ہے۔ ورزشیں روزانہ پندرہ یا تیس منٹ تک جاری رکھی جاتی ہیں۔ فرائض کی انجام دہی کے لئے اشخاص کی جماعت بندی اس بنا پر کی جاتی ہے کہ بلند ترین درجہ کی ورزش جو وہ بلا تکلف برداشت کر سکتے ہوں کتنی ہے۔ آدمیوں کی جماعت بندی کے لئے اوسطاً ڈیڑھ مہینے کا عرصہ ضروری ہوتا ہے۔ شفاخانہ سے خارج کردہ ۲۲۰ سپاہیوں میں سے ۱۸۲ (۸۳ فیصدی) ایسے تھے جو تین ماہ کے بعد کسی نہ کسی حیثیت سے پھر بھی کام کے قابل تھے۔

تحریز۔ اُن رنگروٹوں کے لئے جن کا پیشہ قعودی رہا ہو ایک طویل اور تدریجی تربیت کی ضرورت ہے (کیونکہ یہی مریضوں کا ایک نہایت کثیر تناسب بناتے ہیں)۔ اسیطرح حمائی عارضہ یا عوارض امعاء کے بعد ایک طویل ترنقیہت کی، اور ساتھ ہی کر تربیت کے ایک تدریجی نظام کی ضرورت ہے۔

علاج۔ یہ سرایت کے مقامی مراکز کے خارج کر دینے (بوسیدہ دانتوں کے اُکھاڑ دینے، لوزتین کے نکالدینے، وغیرہ) پر مشتمل ہوتا ہے۔ ایمیٹین بسمتھ

آیوڈائڈز (emetine bismuth iodide) کے ذریعہ مخفی زحیری سرایت کے خارج کردینے سے اِس حالت میں بارہا تخفیف ہوگئی ہے ۔ اگر علامات تازہ ہیں تو فوجی پریڈ اور ورزش سے کچھ عرصہ کے لئے آرام دینا مناسب ہے، مگر بستر پر آرام کرنا مضر ہے اور اُس سے ہمیشہ احتراز کرنا چاہیئے ۔ استثنا ہے اس صورت کے کہ جب شدید پیش قلبی درد، دردِ سر، یا دوران سر موجود ہو ۔ تنفس کی صحتی ضرورت ہے، بالخصوص کھلی ہوا میں کام جیسے کہ باغبانی ۔ مریضوں کی ہمت افزائی کے لئے ان کو یقین دلانا چاہیئے کہ اُن کا مرض شفا پذیر ہے، اور یہ کہ اصلاح صحیح طور پر معلوم ہورہی ہے ۔ قلب پر خاص توجہ نہیں دینی چاہیئے ۔ تمباکو، حالتِ آرام کی شرحِ نبض کو اور ورزش کے بعد کی علامتوں کو بڑھا دیتا ہے ۔ ابتدائی درجوں میں برومائڈز مفید ہوتے ہیں ۔ اہم ترین علاج تدریجی ورزشوں کے ذریعہ سے ہے ۔ ڈیجیٹالس سے کوئی فائدہ نہیں ہوتا ۔

پیدائشی تشوہات

(CONGENITAL MALFORMATIONS)

قلب کے تشوہات، اِس کے نمو کے نقائص سے پیدا ہوتے ہیں ۔ یہ نمو طبعی طور پر اُس وقت تکمیل کو پہنچتا ہے جب کہ قناتِ شریانی (ductus arteriosus) اور سوراخ بیضوی (foramen ovale) کی مسدودی واقع ہوتی ہے، جو کہ پیدائش کے چند روز بعد واقع ہوتی ہے ۔ کسی درجہ میں بھی اِس مسدودی کے عمل کا ایقاف ہوجانے سے ایک پیدائشی تشوہ پیدا ہوجائے گا ۔ بعض اوقات یہ ایقاف اِسقدر جلد واقع ہوجاتا ہے کہ قلب میں صرف دو ہی کہفے بننے پاتے ہیں، یعنے ایک اُذین اور ایک بطین ۔ یا تین کہفے بننے پاتے ہیں، یعنے ایک بطین اور دو اُذین لیکن ایسی حالتیں نہایت شاذ ہوتی ہیں، اور ان کو ظاہر کرنے والے بیشتر بچے پیدائش کے بعد تھوڑے ہی عرصہ تک زندہ رہتے ہیں ۔ ریوی ضیق (pulmonary stenosis) اور بین بطینی فاصل (interventricular septum) میں سوراخ کا اجتماع ایک عام ترین ضرر ہے ۔ یہ ضیق یا تو ریوی مصراعات کے جڑ جانے سے، یا اُن کے عین نیچے کے

حلقہ کے تضیق سے' یا خود قمع (infundibulum) کے تضیق کی وجہ سے' یا قمع اور بطین کے درمیان ایک نامکمل فاصل ہونے کے سبب سے پیدا ہو جاتی ہے۔ کیتھ (Keith) کی رائے ہے کہ ایسی حالتیں ہمیشہ نقائصِ نمو کی وجہ سے یا بصلۂ قلب (bulbus cordis) کے نہ پھیلنے سے ہوا کرتی ہیں' اور درون رحمی التہابِ دروں قلبہ (intrauterine endocarditis) کی وجہ سے ہرگز نہیں ہوتیں۔ اگر دائیں بطین کا مخرج جنینی زندگی میں اسطرح مسدود ہوجائے تو اُس کہفہ کے اندر کا دباؤ اسوجہ سے کم ہوجائے گا کہ خون بین بطینی فاصل کے سوراخ میں سے بہ کر بائیں بطین کے اندر چلا جائیگا۔ اور ایسی صورت میں یہ فتحہ مستقلاً باقی رہ جاتا ہے۔ نمو کے اُس مرحلہ کے لحاظ سے جس میں یہ ایقاف واقع ہوا ہے' ممکن ہے کہ یہ سوراخ نہایت بڑا ہو یا اس کے خلاف بالائی حصے میں محض ایک انثقاب ہی ہو۔ اِس آخر الذکر حالت میں یہ روزن جزو غشائی (pars membranacea) میں واقع ہوتا ہے۔ جب سوراخ بڑا ہوتا ہے تو اورطی اکثر دائیں بطین سے یا دائیں اور بائیں دونوں بطینوں سے نکلا ہوتا ہے' اور سوراخ بیضوی یا شریانی قنات یا یہ دونوں نفوذ پذیر ہوتے ہیں۔ ریوی ضیق اور سوراخدار بین بطینی فاصل دونوں الگ الگ بھی واقع ہوسکتے ہیں۔ چند شاذ اصابتوں میں دونوں بطینوں کے درمیان کا راستہ دائیں عقبی مصراع سے نیچے نہیں بلکہ اگلے اورطی مصراع (کہ جس کے اوپر دائیں اکلیلی شریان نکلتی ہے) سے نیچے پایا گیا ہے۔ ایسی صورت میں وہ جزو غشائی کے سامنے ہوتا ہے اور دائیں بطین کے قمع کے اندر وا ہوتا (27)۔

بعض اوقات اورطی دہنہ یا ایک اُذینی بطینی دہنہ کا تضیق یا انطماس واقع ہوجاتا ہے جو کہ دورانِ خون کے ممر اور قلب کے طبعی نمو میں مداخلت واقع کرتا ہے۔ اور اُورطی اور ریوی شریان کی مکمل معکوس وضعیت (transposition) اور عروق کی دوسری پیچیدہ معکوس وضعیتیں بھی پائی گئی ہیں۔

ممکن ہے کہ قنات شریانی اور سوراخ بیضوی غیر مسدود رہ جائیں اور یہ بلا کسی صریح سبب کے ہو (غالباً یہ پیدائش کے وقت دورانِ خون میں ایک عارضی تسدد ہونے کی وجہ سے ہوتا ہے)۔ تاہم سوراخ بیضوی کا کم و بیش انفتاح تقریباً ۳۰ فیصد

تندرست شخصوں میں بھی واقع ہوتا ہے، اور ایسی صورت میں ایک شق حفض یا تنگ مصراع دار فتحہ ایک کہفہ میں سے دوسرے کہفہ میں خون کے گزرنے کا امکان پیدا نہیں کرتا۔
ممکن ہے کہ اورطی یا ریوی شریان میں تین سگما نما مصراع ہونے کے بجائے صرف دو ہی ہوں، یا چار ہوں۔ یہ تغیر دوسرے تشوہات کے ساتھ پایا جا سکتا ہے، لیکن اگر تنہا ہی ہو تو وہ مابعد زندگی کے مرض کا سنگ بنیاد رکھتا ہے اور پیدائش کے وقت مشکلات پیدا کر دینے کا رجحان کم رکھتا ہے۔
امراضیات - قلب کا نمو موقوف یا ناقص ہونے کے سبب کے متعلق درحقیقت اس سے زیادہ کچھ معلوم نہیں جتنا کہ جسم کے دوسرے حصوں کے پیدائشی تشوہات کے متعلق معلوم ہے۔ پیدائشی مرض قلب کے ممیز ترین علامات میں سے ایک علامت ازرق ہے، اور وہ زراق نومولود (morbus cæruleus) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ عمومی زراق کے سبب پر بعض تازہ مشاہدات سے روشنی پڑتی ہے (14)۔ (۱) زراق کا سبب یہ ہو سکتا ہے کہ محیطی شعریات میں خون کا سست دوران ہو، اور اس کے نتیجہ کے طور پر واپس آنے والے خون میں اس سے کم آکسیجن موجود ہو کہ جتنی معمولی طور پر ہوتی ہے۔ (۲) یا یہ ہو سکتا ہے کہ شریانی خون آکسیجن سے کامل طور پر سیر شدہ نہ ہو۔ بلاشبہ ان دونوں عوامل کا اجتماع ہو سکتا ہے، اور اگر خون کے سرخ خلیے زیادہ ہو گئے ہیں تو زراق اور بھی شدید ہو جاتا ہے۔ ایک باریک سوئی کے ذریعہ کبری یا عضدی شریان سے براہ راست لئے ہوئے خون کے آکسیجن مانیہ (oxygen content) کی تعیین ظاہر کرتی ہے کہ بلاشبہ نمایاں اصابتوں میں کسی قدر شریانی بے سیری بھی موجود ہو سکتی ہے، تاہم اکتسابی مرض قلب کے زراق کا خاص سبب محیطی رکود ہی ہے۔ شریانی خون میں آکسیجن کی معمول سے بھی کم مقدار کا موجود ہونا ان اسباب کا نتیجہ ہو سکتا ہے۔ (الف) پھیپھڑوں میں گیسوں کے باہمی تبادلہ میں کوئی رکاوٹ ہو، جیسی کہ اذیما ذات الریہ، شعبی تشنج، یا مزمن ریوی مرض میں واقع ہو سکتی ہے۔ (ب) کثرت خلیات احمر انتہائی ہو، اور خون ریوی شعریات کے اندر اتنے عرصہ تک نہ ٹھہرتا ہو کہ جس سے تمام ہیمات معمولی طور پر سیر شدہ ہو جائیں۔ (ج) شریانی خون پھیپھڑوں اور نظامی وریدوں سے آنے ہوئے خون کا آمیزہ ہو، جیسا کہ سوراخ اندازطیفی

فاصل یا مفتوح سوراخ بیضوی اور متلازم پیدائشی ریوی ضیق کی حالت میں واقع ہو سکتا ہے۔ پھیپھڑوں کے اندر خون کی سست رفتاری جیسی کہ اکتسابی مرض قلب میں ہوا کرتی ہے، بذاتہ خود اس امر کا رجحان رکھتی ہے کہ شریانی خون کی سیری کی تکمیل کر دے۔ کیونکہ ایسی صورت میں آکسیجن کے اخذ کئے جانے کے لئے بہت وقت حاصل ہوتا ہے۔ پیدائشی مرض قلب کی بعض اصابتوں میں، جن میں زراق نمایاں درجہ کا تھا، یہ پایا گیا کہ شریانی خون آکسیجن سے صرف ۷۰ تا ۸۰ فی صدی کی حد تک سیر شدہ تھا۔ جب مریض نے ایک چہرہ پوش اور مصراعوں کے ذریعہ سے نصف گھنٹے تک خالص آکسیجن کا استنشاق کیا، تو یہ سیری ۹۰ فی صدی سے ذرا ہی زیادہ ہو گئی۔ ایسا ہونا اس امر کی تغلیط نہیں کرتا کہ شریانی خون ریوی اور وریدی خون کے آمیزے سے مرکب ہے، کیونکہ آکسیجن دے کر اس کی سیری کامل طور پر کر دینا ناممکن تھا۔ ساتھ ہی پیدائشی مرض قلب میں محیطی رکود بھی ایک جزو عامل کے طور پر موجود رہ کر زراق کو زیادہ کر دیتا ہے۔

عام ضرر ریوی ضیق کے ساتھ ایک سوراخ دار فاصل کا جمع ہونا ہے۔ بعض اوقات ضیق اتنی انتہائی ہوتی ہے کہ اس راستہ سے پھیپھڑوں تک نہایت تھوڑا خون پہنچ سکتا ہے۔ تقریباً وہ سب کا سب اورطی کے اندر چلا جاتا ہے اور بائیں بطین سے آنے والے خون کے ساتھ شامل ہو جاتا ہے۔ ان انتہائی اصابتوں میں شعبی شرائین متسع ہو جاتی ہیں اور پھیپھڑوں میں خون کی ایک خاصی رسد ان تفممات کے ذریعہ سے پہنچ جاتی ہے جو شعبی شرائین اور ریوی شریان کی چھوٹی شاخوں کے درمیان پائے جاتے ہیں۔ ایک اصابت میں ریوی مصراع بالکل مسدود پایا گیا اور ریوی رقبہ پر کوئی انکماشی خرخر نہیں سنائی دیتا تھا۔ مریض نہایت نیلا تھا۔ قلب معمول کے نسبت ذرا ہی سا بڑا تھا، کیوں کہ تمام خون اورطی کے اندر چلا جاتا تھا اور کوئی زائد از معمول مزاحمت نہ تھی (14- اصابت ۱۵)۔

اگر ریوی مصراع باوجود متضیق ہونے کے مفتوح ہو تو، اورطی کے اندر کم خون جائے گا۔ دایاں بطین بیش پرورده اور متسع ہو سکتا ہے، اور ریوی رقبہ میں ایک انکماشی خرخر شاید ایک ذبذبہ ہوگا۔ بعض اصابتوں میں یہ قصر دوراں ایک سوراخ دار فاصل کے ذریعہ نہیں بلکہ ایک مفتوح سوراخ بیضوی کے ذریعہ عمل میں آتا ہے۔ اگر ریوی مصراع طبعی حالت میں ہے، تو مفتوح سوراخ بیضوی یا مفتوح سوراخ فاصل کوئی فعلی اہمیت نہیں رکھتا کیونکہ اس

صورت میں ایسی کوئی چیز نہ ہو گی جو خون کو معمولی طریقہ پر پھیپھڑوں کے اندر سے ہو کر گزرنے میں مانع ہو۔ زیادہ سے زیادہ یہ ہو گا کہ تھوڑا خون بائیں بطین میں سے دائیں میں چلا جائے اور اس طرح پھیپھڑوں میں سے دوسری بار سفر طے کرے۔ ایک مفتوح قناۃ شریانی، جو ریوی ضیق اور سوراخدار فاصل کے ہمراہ پائی جائے، مخلوط شریانی خون کے پھیپھڑوں میں سے ہو کر گذرنے کے لئے ایک مزید راستہ مہیا کر دے گی۔ اگر وہ الگ موجود ہو تو اُس کی کوئی عملی اہمیت نہ ہو گی۔

علامات۔ جب زراق موجود ہوتا ہے تو وہ چہرے کے اُبھرے ہوئے حصوں یعنی رخساروں، لبوں، ناک، اور کانوں میں، اور ہاتھ اور پاؤں کی اُنگلیوں میں نمایاں ہوتا ہے۔ خفیف اصابتوں میں وہ صرف اس سے زیادہ شوخ سرخی ہوتی ہے کہ جتنی طبعی سرخی ہوتی ہے۔ شدید ترین اصابتوں میں وہ تقریباً سیاہی کی حد تک ارغوانی ہوتی ہے، اور اگر کوئی زور لگایا جائے تو اُس سے عروق کا پھولنا فی الفور زیادہ ہو کر ارغوانی رنگ زیادہ گہرا ہو جاتا ہے۔ اِس مرض کے متعلق یہ ایک حیرت ناک واقعہ ہے کہ گو زراق انتہائی درجہ کا ہو، تاہم بحالتِ سکون مریض کی سانس نہیں پھولتی۔ مزمن رکود ماؤف حصوں کی دبازت پیدا کر دیتا ہے، اور ناک اور لب موٹے ہو جاتے ہیں، اور ہاتھ اور پاؤں کی انگلیوں کے ظفری سُلامیات (ungual phalanges) اس سے بہت زیادہ موٹے ہو جاتے ہیں کہ جتنے انگلیوں کے بقیہ حصے ہوتے ہیں، یعنی وہ گرز شکل" ہو جاتے ہیں (آگے ملاحظہ ہو)۔ خون میں سُرخ جسیمات کی وہ حیرت ناک زیادتی (کثرتِ خلیات احمر) پائی جاتی ہے، جو زراق کی بہت سی قسموں میں پائی جاتی ہے۔ چنانچہ ان جسیمات کی تعداد ۰۰۰،۰۰۰،۸ سے ۰۰۰،۰۰۰،۹ فی مکعب ملی میٹر پائی گئی ہے، اور ممکن ہے کہ ہیموگلوبین طبعی کی ۱۱۰ فی صدی سے لے کر ۱۶۰ تک پہنچ جائے۔ مریض بعض اوقات دورانِ سر، غشی، تشنجات اور بیہوشی میں مبتلا ہو جاتا ہے۔ چونکہ آسانی سے بُہر طاری ہو جاتا ہے لہٰذا وہ زیادہ محنت کے ناقابل ہوتا ہے۔ نیز وہ سردی اور تکشف کی خاص حس پذیری رکھتا ہے، اور نازلتی التہاب شعبات کے حملوں میں آسانی مبتلا ہو جاتا ہے۔ آخری درجوں میں ٹانگوں کا اُذیما، استسقاء شکمی، بڑھا ہوا جگر، اور البیومن بولیت پائی جاتی ہے۔ یا مریض شعبی التہاب کا شکار ہو جاتا ہے۔ یا شش کا

288

تدریجی مرض، موت کا سبب ہوتا ہے۔

طبیعی امارات ۔ نہایت عام طور پر ایک انکماشی خریر سنائی دیتا ہے، جو پیدائشی ریوی ضیق میں ریوی رقبہ پر بلند ترین سنائی دیتا ہے، لیکن وہ متصلہ فضاؤں پر بھی سنائی دے سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ اس کے ساتھ ایک ذبذبہ بھی ہو۔ قلب کے دائیں جانب کے اتساع اور بیش پرورش کی وجہ سے اصمیت عظم القص کے دائیں جانب تک پھیل سکتی ہے۔ خالص ریوی ضیق میں یہ نہایت نمایاں ہوتا ہے۔ اگر صرف فاصل کا سوراخ ہی ہے تو عظم القص کے قریب تیسری دائیں فضا میں اتم شدت کا ایک انکماشی خریر ہوتا ہے، جو باہر کی طرف منتقل ہوتا ہے، اور اکثر ایک ذبذبہ بھی ہوتا ہے، لیکن زرا ق نہیں ہوتا۔ مفتوح قناۃ شریانی اکثر ایک طویل خریر پیدا کر دیتی ہے، جو انکماش اور انبساط میں جاری رہتا ہے اور اپنی بلندی میں مدو جزر ظاہر کرتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۔ د صفحہ 220)۔

پیدائشی مرض قلب کی مختلف قسمیں لاشعاعی امتحان کرنے پر مخصوص و ممیز منظر پیش کرتی ہیں۔ مثلاً خالص ریوی ضیق میں جو نادر الوقوع ہے، دائیں بطین کی بیش پرورش اور دائیں اُذین کے اتساع کے باعث قلب کی شکل ممیز ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۲ ب)۔ ممکن ہے کہ تسدد کے مقام سے آگے ریوی شریان کا اتساع ہو۔ اس کا سبب بالکل غیر واضح ہے، لیکن یہ امتحانات بعد الممات میں کئی بار دیکھا گیا ہے۔ ریوی ضیق کے ساتھ فاصل کے سوراخ کے معمولی اجتماع میں قلب کی بائیں اور دائیں دونوں جانبیں بڑھی ہوئی ہو سکتی ہیں۔ لیکن اس کے برعکس ممکن ہے کہ جسامت قلب میں کوئی قابل شناخت تغیر نہ ہو۔

انذار ۔ پیدائشی تشوہات ہمیشہ ناموافق ہوتے ہیں۔ شدید نقائص والے مریض صرف چند گھنٹوں یا دنوں تک زندہ رہتے ہیں۔ دوسرے جو خفیف تر درجہ کے ہوتے ہیں، پانچ، دس یا بیس سال تک زندہ رہتے ہیں۔ کبھی کبھی نہایت ناقص النمو قلب والے اشخاص بھی ادھیڑ عمر کو پہنچ گئے ہیں۔ کسی دی ہوئی حالت میں انذار کا انحصار تشوہ کی نوعیت کے بجائے زیادہ تر قلبی کارکردگی کے ثبوت پر ہونا چاہیئے۔

علاج ۔ یہ مزمن مرض قلب کے علاج سے مماثل ہے۔

امراض تامور

(DISEASES OF THE PERICARDIUM)

التہاب تامور

(pericarditis)

اسباب۔ تامور کا التہاب ایک عام دَموی سرایت کا نتیجہ ہو سکتا ہے، یا وہ مقامی خراش سے واقع ہو سکتا ہے یا قرب و جوار سے براہِ راست پھیلنے والی سرایت سے واقع ہو سکتا ہے۔

پہلی جماعت کی اصابتوں میں حادر وماتزم نہایت اکثر الوقوع سبب ہے۔ لیکن مرض مذکور، مرضِ برائٹ، تقیح الدم، سپید دمویت (leukæmia) ، شمدزن، انفلوئنزا، اور عام ریوی نبتی سرایت میں، اور عفونت الدم اور تسمم الدم کی دوسری حالتوں میں بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ اِس کے مقامی اسباب یہ ہیں:۔ کہفہ کے اندر سرطانی گرہکوں کی بالیدگی، اِس کے اندر پھوڑوں اور کیسیتی دُوَیروں کا انشقاق، کسی منبعِ سرایت، مثلاً دبیلہ یا ذات الریہ کا قُرب۔

مرضی تشریح۔ اگر ہم حادر وماتزم کے دوران میں ہونے والے تاموری التہاب کو ایک مثال تصور کر لیں تو ہمیں اُس میں مندرجۂ ذیل تغیرات ملتے ہیں:۔ ابتدائی درجوں میں جھلی اپنی چکنی جِلاد ار سطح کو کھو کر زیادہ عروقی بن جاتی ہے، جس کی وجہ سے وہ عروق کے ایک باریک جال سے متسرب ہوتی ہے۔ اِس کے بعد عروقِ دمویہ سے جُسیماتی عناصر اور فائبرین کا ارتشاح ہونے کی وجہ سے لِمف کے کچھ ڈورے نظر آتے ہیں، اور تاموریران کی ایک مکمل تہ بن جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ بالآخر اِس جھلی کی یہ حالت ہو کہ دونوں مقابل سطحیں لِمف کی ½ یا ¼ انچ دبازت کی ایک تہ سے جدا ہوں، جو اتنی کافی نرم ہوتی ہے کہ جداری اور حشائی جھلیاں ایک دوسرے سے علیحدہ کی جا سکتی ہیں، اور لِمف کا قوام اکثر ایسا ہوتا ہے کہ ان سطحوں کی علیحدگی سے ایک عجیب و غریب شہد کے چھتے جیسا یا جال دار منظر

289

باقی رہ جاتا ہے۔ عموماً اسی کے ساتھ کسی قدر مصل بن جاتا ہے، جو زرد رنگ کا اور جسیماتی عناصر کی وجہ سے گدلا ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ بہت بڑی مقدار میں جمع ہو کر تامور کی دونوں تہوں کو ایک دوسرے سے اور بھی علٰحدہ کر دے، اور اس سے ممکن ہے لِیف کے لمبے پشم دار زائدے ایک سطح سے دوسری سطح تک بن جائیں۔ کچھ عرصہ کے بعد یہ سیّال عموماً غائب ہو جاتا ہے، اور لِیف یا تو خود بخود جذب ہو جاتا ہے یا اس کا تعضی واقع ہو جاتا ہے، اور وہ جھلی کی جداری اور حشائی تہوں کو کم و بیش مکمل طور پر باہم متحد کر دیتا ہے اور اس طرح منضم تامور کا سبب ہوتا ہے۔

دوسری سرایتوں، اور بالخصوص تقیح الدم اور عفونت الدم میں، تامور کا سیال مافیہ مصل کے بجائے ریم ہوتا ہے اور اس طرح ریمی یا تقیحی التہاب تامور (purulent or suppurative pericarditis) پیدا کر دیتا ہے۔ یہ اکثر عضلۂ قلب کے خراج سے ثانوی طور پر ہوا کرتا ہے، جس کا اکثر لمبی ہڈیوں کے حاد تنخر کے بعد پیدا ہونا معلوم ہے۔ بعض اوقات التہابی تکوین کے اندر کے نوساختہ عروق پھٹ جاتے ہیں، اور نشات یا نزف کی نسبتہً بڑی چکتیاں جھلی کی سطح کو ڈھانک دیتی ہیں، اور اس طرح نزفی التہاب تامور (hæmorrhagic pericarditis) پیدا کر دیتی ہیں۔ اور کبھی کبھی اس نئی ساخت میں اور قلب کی سطح کو ڈھانکنے والی اصلی جھلی میں، دونوں میں، درنے بن جاتے ہیں۔ اسے تدرنی التہابِ تامور (tuberculous pericarditis) کہتے ہیں، جو عمومی تدرن کا ایک جزو ہوا کرتا ہے۔

التہاب تامور کے دقیق عضویے اُس کے مبدا کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ علی الاکثر نبقات سبحیہ، نبقات عنبیہ، نبقات رویہ، اور عصیات درنیہ پائے جاتے ہیں۔ پائنٹن (Poynton) اور پین (Paine) نے روماتزم کے التہابِ تامور میں اپنے روماتزمی ذونبقیات پائے۔

دورانِ خون پر اثر۔ کوہنہیم کے حیوانی تجربات ظاہر کرتے ہیں کہ دورانِ خون پر ہونے والے اثر کا انحصار تاجۂ تاموری کے اندر کے تناؤ پر ہوتا ہے۔ جب سیّال کا اِشراب آہستہ آہستہ کیا جائے تو دباؤ ایک معین نقطہ تک پہنچنے پر شریانی دباؤ کم اور وریدی دباؤ زیادہ ہو جاتا ہے۔ بہ حیثیت ایک پمپ کے یہ قلب کی گھٹی ہوئی کارکردگی کی علامت ہے۔

یعنی یہ کہ ہر ضرب کے ساتھ قلب کی برآمد کم ہو گئی ہے ۔ تامور کے اندر دباؤ جس قدر زیادہ ہوگا' یہ برآمد اُسی قدر کم ہو گی ۔

طبیعی آمارات ۔ چونکہ التہاب تامور اکثر' روماتزم جیسے' کسی ساری مرض کے دوران میں پیدا ہو جایا کرتا ہے لہٰذا ممکن ہے کہ اُس کے علامات اُن امراض کے علامات سے بالکل پوشیدہ ہو جائیں کہ جن کے دوران میں التہاب تامور پیدا ہو گیا ہے' اور اُس کی موجودگی صرف اصواتِ قلب کے تغیر سے' اور دوسرے طبیعی آمارات سے ظاہر ہو جو وہ پیدا کر دیتا ہے ۔ لیکن یہ عموماً مخصوص و ممیز ہوا کرتے ہیں ۔ اولاً تاموری رگڑ موجود ہوتی ہے' جس کا بیان امتحانِ قلب کے تحت کیا گیا ہے ۔ ممکن ہے کہ یہ ابتداءً نرم ہو' لیکن چند گھنٹوں کے بعد آواز بلند تر' کرخت تر اور درشت تر ہو جاتی ہے' اور پھر پیش قلبی خطہ پر ہاتھ رکھنے سے یہ فرک اکثر محسوس کیا جا سکتا ہے ۔

اگر تامور کے اندر مایع کا انصباب ہو جائے' جیسا کہ بارہا ہوا کرتا ہے' تو پیش قلبی اصمیت زیادہ ہو جاتی ہے ۔ وہ اوپر کے طرف تیسری پسلی کے بالائی کنارے یا دوسری پسلی کے بالائی کنارے یا ترقوہ ہڈی تک پھیل جاتی ہے ۔ وہ دائیں طرف عظم القص سے ۱ انچ یا ۲ انچ آگے تک پھیل جاتی ہے ۔ اور بائیں طرف ممکن ہے کہ وہ بغل کے اندر تک پہنچ جائے ۔ یہ پیش قلبی اصمیت کم و بیش مثلثی شکل کی ہوتی ہے' اس طرح پر کہ اُس کا چوڑا قاعدہ ڈائفرام پر ہوتا ہے' اور راس جو گول ہو جاتا ہے' عظم القص کے بالائی حصے اور بائیں بالائی بین الاضلاع فضاؤں میں ۔

جوں جوں یہ سیال بڑھتا جاتا ہے صدم القلب منتشر ہو جاتا ہے ۔ یہاں التہاب تامور اور ذات الجنب کے درمیان ایک اہم فرق کا ذکر کرنا ضروری ہے اور وہ یہ ہے کہ فرک کی آواز کے وقوع پر مایع کے انصباب کا اثر ان دونوں حالتوں میں مختلف ہوتا ہے ۔ ذات الجنب میں جس وقت مایع کا انصباب ہوتا ہے ذات الجنبی فرک کی آواز غائب ہو جاتی ہے ۔ التہاب تامور میں فرک کی آواز عموماً دورانِ مرض میں از ابتدا تا انتہا قائم رہتی ہے' بلکہ عضلی کے انتہائی تمدد کے زمانہ میں' اور مایع کے ما بعد انجذاب کے دوران میں بھی ۔ یہ غالباً اس وجہ سے ہوتا ہے کہ سیال بالخصوص قلب کے پیچھے جمع ہو جاتا ہے' (کیونکہ مریض پشت کے بل لیٹا رہتا ہے) اور سامنے کی طرف تامور کی دونوں ملتہب سطحیں

ایک دوسرے سے رگڑتی رہتی ہیں۔

تاءموری انصباب اکثر بائیں شُش کے قاعدہ کو مضغوط کر دیتا ہے، جس سے قرع کرنے پر ایک اصم آواز اور استماع کرنے پر شعبی تنفس پایا جاتا ہے۔

التہاب تاءمور کا ایک دوسرا نتیجہ بعض اصابتوں میں ڈائفرام کے فعل کا امتناع ہوتا ہے۔ یا تو شکمی تنفس کے حرکات موقوف ہو جاتے ہیں، یا دورانِ شہیق میں متھوڑی سی پس روی ہو جاتی ہے، جس میں بالائی شکمی انتشار اور قلب کی اوپر کی طرف حرکت، اور پھیپھڑوں کے قاعدوں کا ہبوط واقع ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ معدے اور قولون کا تمدد واقع ہو جائے۔

علامات ۔ مقامی علامات، جو التہاب تاءمور اور تاءموری انصباب کے ساتھ موجود ہو سکتے ہیں، یہ ہیں :- درد، پیش قلبیہ کے مقام پر گھبراہٹ یا تکلیف اُس خطہ پر دبانے سے اَلیمیّت، سانس کا پھول جانا، معہ غیر عمیق تنفسات اور مختصر روکھی کھانسی کے۔ ممکن ہے کہ نبض ابتدائً زیادہ متاثر نہ ہو، لیکن وہ جلد ہی تیز تر ہو جانے کا رجحان رکھتی ہے۔ ممکن ہے کہ روماتزم جیسے حمائی مرض کے دوران میں واقع ہونے والا التہاب تاءمور سابق الوجود تپ میں کوئی معتدبہ اضافہ نہ کرے، لیکن کبھی کبھی اُس کے سریع حملہ کے ساتھ شدید ارتفاع تپش ہو جاتا ہے، مثلاً ۱۰۵ درجہ یا ۱۰۶ درجہ تک۔ اور دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ اُس کے ساتھ تپ کی معمولی حالتیں ہوں، جیسے کہ عدمِ اشتہا، خشک زبان، تشنگی، اور قلیل المقدار بول۔

خراب ترین اصابتوں میں قلبی ضعف زیادہ ہو جاتا ہے، نبض غیر منتظم اور رفرفی ہو جاتی ہے، یا ممکن ہے کہ وہ نبض متناقض (pulsus paradoxus) (ملاحظہ ہو صفحہ 226) کی شکل اختیار کر لے، پیش قلبی درد شدید ہوتا ہے، اور چہرہ اترا ہوا اور پچکا ہوا ہو جاتا ہے۔ اور مریض اولی طور پر فشلِ قلب سے مر جاتا ہے، جس کے ساتھ کبھی کبھی تشنجات ہوتے ہیں اور کبھی کبھی کوما۔ لیکن مثالوں کی غالب تعداد میں علامات بتدریج رفع ہو جاتے ہیں۔ اصمیت کم ہو جاتی ہے لیکن رگڑ اکثر آخری درجہ تک قائم رہتی ہے۔ التہاب تاءمور کے تغیرات بسرعت واقع ہوتے ہیں، ممکن ہے کہ انصباب دو یا تین ہی دن کے اندر درجۂ کامل کو پہنچ جائے، اور مزید تین یا چار دنوں میں تخفیف کا

عمل خوب جاری ہو جائے۔

تقیحی، تدرنی، اور نزفی التہابات تامور اپنے علامات اور طبیعی امارات میں فی الاصل مختلف نہیں ہیں۔

تشخیص۔ معمولی حالات میں اس میں کوئی مشکلات نہیں پیش آتے، اور فرک کی دُہری یا سہ گونہ آواز نہایت ممیز ہوتی ہے۔ تاموری انصباب کی تشخیص ہمیشہ آسان نہیں ہوتی، کیونکہ ایک توسع قلب سے اس کی مماثلت پیدا ہو سکتی ہے، جو کہ اسی ارتشیتی زہر سے پیدا ہو سکتا ہے کہ جس نے التہاب تامور پیدا کر دیا ہے۔ انصباب کی تشخیص میں حسب ذیل امارات سے تائید حاصل ہوتی ہے:- اصمیت کا بائیں طرف صدمۃ القلب سے باہر تک اور اوپر کے طرف دوسری پسلی یا اس سے بھی اوپر تک پھیل جانا، اور بائیں قاعدے پر پچکاؤ کے امارات۔ ممکن ہے کہ راانجنی شعاعیں قلب اور تامور کے سایہ کو باہر ٹھیک بائیں ضلعی دیوار تک، اور اوپر پہلی فضا کے اندر، اور داہنے طرف بطنی تک ظاہر کریں، جس کے ساتھ نبضان برائے نام یا بالکل نہ ہو اور ایک بڑے انصباب کی حالت میں بعض اوقات قلب کا سایہ ایک نسبتہً ہلکے سایہ کے حلقہ کے اندر دکھلائی دیتا ہے جو تنہا پھولے ہوئے تامور کی وجہ سے ہوتا ہے۔

انذار۔ التہاب تامور بہ حیثیت مجموعی فوری طور پر مہلک مرض نہیں۔ ممکن ہے کہ وہ اتنا خفیف ہو کہ دستور العمل امتحان کے دوران میں یہ صرف مسماع الصدر سے شناخت ہو، اور رثیتی تپ میں واقع ہونے والی اصابتوں کے بڑے تناسب میں یہ التہاب رفع ہو جاتا ہے۔ تاموری تہوں کا انضمام جو اکثر پیدا ہو جاتا ہے، بذاتہ ایک خطرہ بن سکتا ہے۔ اس کے برعکس، ان "لبنی نقطوں" کے عام ہونے سے جو امتحانات بعد الممات میں قلب کی سطح پر پائے جاتے ہیں، اس امکان کا اشارہ ہوتا ہے کہ التہاب تامور کے خفیف حملے اکثر اوقات ہو کر پورے طور پر رفع ہو جاتے ہیں۔ لبنی نقطے اکثر محض فرک کا نتیجہ سمجھے جاتے ہیں۔ لیکن یہ سمجھنا مشکل ہے کہ آخر الذکر بلا کسی درجۂ التہاب کے کیونکر واقع ہو سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ بعض نقاط کوفتگی (bruising) کا نتیجہ ہوں، جو ضرب سے پیدا ہو جاتی ہے۔ مرض برائٹ میں اور دوسری مزمن ضعفی حالتوں کے تلازم میں، بیماری کے اختتام کے قریب اکثر التہاب تامور واقع ہو جاتا ہے، اور پھر یہ موت واقع

کرنے والا ضرر معلوم ہوتا ہے۔ لیکن ایسے حالات میں بھی اس کے طبیعی امارات موت سے پہلے بالکل غائب ہو سکتے ہیں، یا اگر وہ باقی رہتے ہیں تو بھی اس سے مہلک نتیجہ کے وقوع کا اسراع ہوتا نہیں معلوم ہوتا۔ تقیحی تاءموری التہاب میں خطرناک انذار بتانا چاہیے، اور ذات الریہ یا دبیلہ کے دوران میں تقیحی ریوی التہاب تاء مور کا وقوع عموماً مہلک ہوتا ہے، لیکن سرآیف۔ ٹیلر (Sir F. Taylor) کو ایک ایسے مریض کا علم تھا جس میں دوہرے دبیلہ کے ساتھ التہاب تاءمور تھا اور وہ مریض شفایاب ہو گیا۔ حاد رثیتہ میں التہاب تاءمور دروں قلبیہ اور عضلۂ قلب دونوں کے کیفقدر التہاب کے ہمراہ پایا جاتا ہے اور ان کو پوشیدہ کرتا ہے، اور ان دونوں کے خراب اثرات بعد میں نمویاب ہو جاتے ہیں۔

291

علاج۔ (التہاب تاءمور کا علاج زیادہ تر تخفیف کن (palliative) ہوتا ہے۔ دوسرے حاد التہابات کی طرح اس کا تدارک بھی مریض کو بستر میں لٹائے ہوئے یا آدھی لیٹی ہوئی وضع میں رکھ کر کامل آرام و سکون کے ذریعہ سے کرنا چاہیے۔ نیز اسے مغذی زود ہضم غذا دی جائے اور اسے بولنے چالنے، اور جوش و خروش سے محترز رکھا جائے۔ رثیتی تپ کی حالت میں ابتدائی مرض کے علاج میں غالباً ان حالات کو پہلے ہی ملحوظ رکھا گیا ہوگا۔ نہایت شدید درد کے لئے پیش قلبیہ پر چھ یا آٹھ جونکیں لگا دی جائیں۔ پیش قلبیہ پر نرم روئی کی ایک تہ، یا کٹی ہوئی السی کی گرم پولٹس، یا اینٹی فلاجسٹین (antiphlogistine) یا تھرموجن وول (thermogen wool) لگا دی جائے۔ اگر ضرورت ہو تو مارفیا دیا جائے۔ اگر دوران خون فشل پذیر ہو یا اگر قلب غیر منتظم ہو جائے تو ڈیجیٹالس کے صبغیہ کی تھوڑی مقدار میں برانڈی یا ایمونیا کے ساتھ باربار دینا چاہئیں۔ روماتزمی انصباب بہت شاذو نادر ہی امتصاص کی ضرورت لاحق کرتا ہے، لیکن اس وقت جبکہ ریم کی موجودگی کا امکان ہو اس پر غور کرنا ضروری ہے۔ ڈاکٹر ڈی۔ سی۔ ٹیلر (D. C. Taylor) نے لیوس ہام (Lewisham) شفاخانہ میں جو تجربہ حاصل کیا ہے اس کی بنا پر وہ سفارش کرتا ہے کہ جلد اور زیر افتادہ بافتوں کو ۲ فی صدی نوووکین کے ذریعہ عدیم الحس کرنے کے بعد ایک باریک سوئی کو پیچھے کی طرف اور نیچے کی طرف، چھٹی بین ضلعی فضا میں عظم القص کے بائیں طرف، (تاکہ اندرونی پستانی شریان بچی رہے) یہاں تک گھسانا چاہیے کہ ڈایافرام تک پہنچ جائیں جس کے متعلق یقین حاصل کرنا ہو تو مریض کو ایک گہرا سانس لینے کے لئے کہنا چاہئے۔ سوئی کو ذرا

واپس کھینچ کر دوبارہ سید ھا پیچھے کو سطح سے ایک انچ کی گہرائی تک گھسانا چاہیئے۔ پھر کہفہ کو ۳۰۰۰ : ۱ فلیوائن کے ۲۰ مکعب سمر سے کئی مرتبہ دھویا جاتا ہے، اور امتصاص کو ہر تیسرے روز یا بار بار عمل میں لایا جاتا ہے، یا ایک پسلی کا جزوی استیصال کر دیا جاتا ہے۔

رثیتی مبداء کا تامور منضم

(adherent pericardium of rheumatic origin)

مرضی تشریح۔ اس کا تذکرہ پہلے ہی کیا گیا ہے کہ یہ حالت روماتزمی التہاب تامور کی وجہ سے پیدا ہوجاتی ہے۔ دونوں سطحوں کے انضمام کا درجہ مختلف اصابتوں میں مختلف ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ محض چند ہی ریشے ہوں جو سطح قلب سے جداری تامور تک جاتے ہوں، یا ممکن ہے کہ تاموری تاچہ کا قلب کی سطح سے کامل انضمام ہو، اور ہر درمیانی حالت کا ہونا ممکن ہے۔ جب کامل انضمام ہو تو دونوں سطحوں کو جوڑنے والی بافت محض ایک پتلی سی تہ ہوتی ہے۔ یا وہ ایک کثیف، سخت، لیفی، کم و بیش عروقی غلاف ہوتا ہے، جس کی دبازت $\frac{1}{4}$ انچ بلکہ $\frac{1}{2}$ انچ بھی ہوتی ہے۔ قلب کی بیش پرورش یا اس کا اتساع عام طور پر موجود ہوتا ہے کیونکہ بطین کا عضلی جرم بھی عضلہ قلب کے ایسے التہاب کے وقوع سے متضرر ہو گیا ہے جو التہاب تامور کے ساتھ ہوا ہے۔ عام طور پر مطرانی ضیق موجود ہوتی ہے۔ بعض اصابتوں میں نہ صرف تاموری تاچہ کا انطماس ہو جاتا ہے بلکہ اس کی بیرونی سطح بھی گرد و پیش کے پلیورا اور عظم القص سے مضبوطی کے ساتھ ثبت ہو جاتی ہے۔ فی الحقیقت واسطی بافتیں باہم چپک کر ایک کثیف لیفی بافت بنا دیتی ہیں (لیفی التہابِ واسط = mediastinitis fibrosa)۔

علامات اور طبیعی امارات۔ دردِ قلب، اختلاج، اور بُہر نمایاں ہوتے ہیں۔ خود انضمام کی موجودگی ظاہر کرنے کے لئے طبیعی امارات پر اعتماد نہیں کیا جاسکتا۔ لیکن جب وسیع بیرونی انضمامات بھی موجود ہوں تو مندرجۂ ذیل میں سے ایک یا زائد طبیعی امارات شناخت ہو سکتے ہیں :- (۱) راسِ قلب سے متناظر مقام پر انکماشی بازکشیدگی۔ (۲) عظم القص کے زیرین سرے کی انکماشی بازکشیدگی۔ (۳) عظم القص سے بائیں جانب کو تیسری چوتھی اور پانچویں بین الاضلاع فضاؤں کی انکماشی بازکشیدگی۔ (۴) بائیں سینہ کے

پہلو یا پشت پر نیچے کی پسلیوں کی انکماشی بازکشیدگی (امارت براڈبینٹ = Broadbent's sign)۔ یہ بہ زیادہ اعتماد کے قابل نہیں۔ بین الاضلاع فضاؤں کی انکماشی بازکشیدگی تو ہرگز منضم تامور کے لئے مخصوص و ممیز نہیں۔ مطرانی ضیق جو کہ عام طور پر اس کے ساتھ متلازم ہوتی ہے با احتیاط تلاش کرنی چاہئے۔ موت فشل قلب اور وسیع اُذیماسے واقع ہوتی ہے۔

لاشعاعوں سے بھی منضم تامور کی قیمتی دلالتیں حاصل ہوسکتی ہیں۔ وہ یہ ہیں کہ گہری سانس لینے پر یا ایک جانب کو جھکنے پر قلب کی طبعی حرکت اور شکل میں تبدیلیاں، اور سانس لینے پر ڈ انفرام کے مرکزی حصے کی حرکت میں تغیرات ہوجاتے ہیں، جس کا سبب یہ ہوتا ہے کہ تامور اور واسط کے درمیان انضمامات موجود ہوتے ہیں۔

تاموری انضمامات کے انذار اور علاج پر بالخصوص افعال قلب کے اُن تغیرات کے لحاظ سے غور کرنا چاہئے جو ان انضمامات کی وجہ سے پیدا ہوجاتے ہیں (ملاحظہ ہوں صفحات 275، 276)۔ علاج وہی ہے جو کہ عام مرض قلب کے لئے کیا جاتا ہے۔

292

مزمن تضیقی التہاب تامور

پک (Pick) کا مرض

یہ مرض جس کا پہلے پہل لوئر (Lower) (۱۶۶۹ء)، چیورز (Chevers) (۱۸۴۲ء)، ولکز (Wilks) (۱۸۷۰ء) اور پک (Pick) (۱۸۹۶ء) نے تذکرہ کیا، حال ہی میں دوبارہ منصۂ شہود پر لایا گیا ہے (73)۔

بحث اسباب ۔ تدرن، ذات الریہ معہ ذات الجنب یا التہاب تامور اور عفونت اس کا سبب ہوسکتے ہیں۔ لیکن اس کا سبب اکثر اوقات غیر معلوم رہتا ہے کیونکہ اس کا آغاز غیر محسوس طور پر ہوتا ہے۔ ممکن ہے حاد التہاب تامور کی سرگذشت موجود ہو لیکن حاد روماتزم کی سرگذشت نہیں پائی جاتی۔

مرضی تشریح ۔ جداری تامور کی مزمن لیفی دبازت واقع ہوتی ہے اور بسا اوقات تکلس، سیال کی جیبیں، تاجہ کا انطباس، اور/یا بیرونی تاموری انضمامات موجود ہوتے ہیں۔ چونکہ تضیق کی وجہ سے قلب دوران انبساط میں بھر نہیں سکتا لہذا ایک "رکو درِ آمد" ("inflow stasis") پیدا ہوجاتا ہے، اور استسقائے شکمی اور اس کے ساتھ ایک برزدہ

(frosted) "مصری کی ڈلی" جیسا جگر یا طحال اور پلیوری انصباب پیدا ہو جاتا ہے۔ قلب بجائے خود تندرست ہوتا ہے۔

علامات۔ اس کا آغاز غیر محسوس طور پر ہوتا ہے۔ بہر استسقائے شکمی، ایک کلانی یافتہ لیکن غیر الیم اور غیر نابض جگر، وداجی وریدوں کا احتقان، نبض متناقض (pulsus paradoxus) پست فشارِ خون، اور بعض اوقات ٹانگوں کا اذیما اور پلیوری انصباب پائے جاتے ہیں۔ قلب کی جسامت طبعی یا کسیقدر بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ براڈبینٹ (Broadbent) کی امارت موجود نہیں ہوتی۔ برقی قلب نگاشت پست وولٹائیت (voltage) کی ہوتی ہے اور تنقوید م۱ اور ع۲ میں ن۔ امواج چپٹی یا منعکس پائی جاتی ہیں۔ اور گاہے اذینی ریشکی انقباض موجود ہوتا ہے، مصلی پروٹینس کم ہوتی ہیں۔

تشخیص۔ میطرانی ضیق، خواہ اس کے ساتھ منضم تامور ہو یا نہ ہو، تحریرات کے لئے محتاط امتحان کرکے تشخیص کی جاتی ہے۔ التہاب عمومی اغشیہ مصلیہ (polyserositis) ایک مختلف مرض ہے۔ بابی کبیت (portal cirrhosis) اور تغذیتی اذیما (nutritional œdema) کو مفترق کرنا چاہیئے۔

انذار۔ یہ مرض مزمن ہوتا ہے گو کہ بعض اوقات اس کے ساتھ فترات پائے جاتے ہیں۔ ممکن ہے یہ ایک سریع ممر اختیار کرے یا کئی سال تک قائم رہے۔ عملیہ کے بعد ۱۰ مریضوں میں ۶ مریض شفایاب ہو چکے ہیں، ایک دوسرے مریض کو افاقہ ہو گیا۔

علاج۔ تاموری جزوی استیصال کا عملیہ جو کہ ڈیلارم (Delorme) کے نام سے موسوم ہے، واحد شافی علاج ہے۔

تاموری اجتماعِ آب

(hydropericardium)

یہ اصطلاح تاموری تاچہ کے اندر مصل کی زیادتی کے لئے استعمال کی جاتی ہے، اور عموماً استسقائی کے انفعالی افراز کو ان التہابی انصبابات سے تمیز کرنے کے لئے کام میں لائی جاتی ہے جو پہلے التہاب تامور کے تحت بیان کئے جا چکے ہیں۔ قدرتی طور پر تامور کے اندر مصل کی نہایت تھوڑی مقدار موجود ہوتی ہے، اور کسی سبب سے موت واقع ہو جانے

کے بعد اس کے اندر پھیکے زرد رنگ کے سیال کے چند ڈرام ملنا عام ہے۔ معلی انصبابات کے اسباب، التہاب کے علاوہ، وہی ہیں جو استسقائے عمومی کے ہوتے ہیں، مثلاً مرض برائٹ اور تامور کے وریدی دوران خون میں ایسی مقامی مداخلت جیسی کہ خود قلب کا مصراعی مرض، شُشش کا مزمن مرض، اور ان وریدوں پر جو تاموری سطحوں سے خون واپس لیجاتی ہیں سلعات کا دباؤ۔ تاموری کے اندر کا مایع دوسرے معلی کھفوں کے استسقائی انصباب کے مایع سے مشابہ ہوتا ہے، اور وہ پھیکے زرد رنگ کا، یا لون دموی مادہ کے ارتشاح کی وجہ سے کم و بیش گلابی رنگ کا ہوتا ہے، اور ساتھ ہی اس میں فائبری نوجن اور ۱ تا ۳ فی صدی البیومن موجود ہوتا ہے۔

تاموری اجتماع آب کے طبیعی امارات وہی ہیں جو التہاب تامور میں انصباب کے ہوتے ہیں۔ عموماً کسی خاص علاج کی جو تامور سے متعلق ہو اس وقت ضرورت نہیں ہوتی جب کہ یہ حالت استسقائے عمومی کا ایک جزو ہو، یا جہاں یہ دوران خون میں مقامی مداخلت کا نتیجہ ہو۔ استسقائے عمومی یا مصراعی مرض کا تدارک کرنا چاہئے۔ شاذ اصابتوں میں انصباب اس قدر سریع الوقوع یا وافر ہوتا ہے کہ تامور کے بزل کی ضرورت لاحق ہوتی ہے۔

293

تاموری ہوائی اجتماع آب

(pneumo-hydropericardium)

اس کے یہ معنے ہیں، تامور کے اندر گیس اور مایع دونوں کا موجود ہونا۔ مایع کے ساتھ گیس ہونا مندرجہ ذیل کا نتیجہ ہو سکتا ہے (۱) گیس گنگرین (gas gangrene) اور (۲) ہوا مشمول رکھنے والے کھفوں کے ساتھ تاموری تاچہ کا ارتباط۔ یہ ارتباط ضربی ہو سکتا ہے، جیسا کہ ایک شعبدہ باز کی حالت میں ہوا کہ اس نے ایک کند تلوار کو نگلنے کی کوشش میں مری میں سے تامور کو چھید دیا، یا جیسا کہ فلنٹ (Flint) کی درج کردہ اصابت میں ہوا کہ جس میں پلیورا کے آرپار ہول لگ کر تامور میں چھید ہو گیا، اور تاموری بزل کے عملیہ کے بعد ہوا ہے۔ یا ممکن ہے کہ یہ ارتباط مرض کی وجہ سے قائم ہو جائے۔ اور ایسی اصابتیں بھی مندرج ہوئی ہیں جن میں مری کا سرطان متقرح ہو کر تامور کے اندر پہنچ گیا، سل ریوی کا ایک کہفہ تامور کے اندر کھل پڑا، اور خراج جگر ایک ہی وقت میں تامور اور

معدہ دونوں کے ساتھ ارتباط رکھتا تھا۔ تامور کے اندر تنہا گیس کبھی نہیں دیکھی جا سکتی، کیونکہ اُس کے باہر سے داخل ہونے کے تقریباً فی الفور بعد تامور کا التہاب مع مایع انصباب کے پیدا ہو جاتا ہے۔

تاموری ہوائی اجتماع آب کے **طبیعی امارات** یہ ہوتے ہیں:۔ قرع کرنے پر پیش قلبی رقبہ پر گمک، اور حرکات قلب کے ساتھ چھلکنے بلونے، یا تغرغر کی ہم زماں آوازیں۔

تاموری اجتماع الدّم

(hæmopericardium)

نام نہاد تاموری نزف التہاب میں نوساختہ عروق کے پھٹنے سے تامور کے اندر خفیف درجہ کا انصباب خون واقع ہوتا ہے۔ لیکن نسبتہً بڑی مقداروں میں خون کا انصباب جب یہ براہ راست ضرب کی وجہ سے ہو، تو عضلۂ قلب کے انشقاق، یا ایک انورسمائی تاجیہ کے انشقاق، یا سرطانی بالیدمیں کے عروق کے انشقاق سے پیدا ہو جاتا ہے۔ اسکروی اور اُس سے ملتی ہوئی حالتیں بھی تاموری نزف پیدا کر سکتی ہیں۔

علامات۔ جب تامور کے اندر خون کا انصباب دفعتہً واقع ہو جاتا ہے تو مریض پر سینہ میں کم و بیش ضیق، شحوب، غشیان، بے ہوشی اور موت یکے بعد دیگرے جلد طاری ہو جاتے ہیں۔ یا ممکن ہے کہ مہلک خاتمہ سے پہلے چوبیس[۲۴] یا چھتیس[۳۶] گھنٹے تک وہ شحوب، ضعیف نبض، اور انتصابی تنفس کی حالت میں رہے۔ اور اغلب معلوم ہوتا ہے کہ نزف اور بھی کم درجہ کا ہو تو ممکن ہے کہ موت کے وقوع میں اور بھی التواء ہو جائے، اور التہاب تامور پیدا ہو جائے جو کہ مریض کا مہلک خاتمہ کرنے میں حصہ لیتا ہے۔ والش (Walshe) ایسی اصابتوں کا تذکرہ کرتا ہے جن میں شفا حاصل ہو گئی، مگر یہ غالباً اسکروی کی نوعیت کی تھیں، یا بہرحال انورسماؤں کے یا خود قلب کے انشقاق پر منحصر نہ تھیں۔

طبیعی امارات وہی ہوتی ہیں جو ایک بڑے تاموری انصباب کی ہوتی ہیں، اور ساتھ ہی وسیع پیش قلبی اصمیت، اور قلب کی آوازوں کی کمزوری یا غیر موجودگی ہوتی ہے۔ تشخیص میں انورسما کی ماسبق موجودگی، یا ذبحہ صدریہ کے حملوں کے علم سے مدد ملیگی۔

علاج۔ کامل آرام و سکون اور ہوشمندی کے ساتھ مہیجات کے استعمال سے ہی کچھ موقع مل سکتا ہے۔

ذبحۂ صدریہ

(ANGINA PECTORIS)

اِس نام سے عموماً عظم القص کے پیچھے کے اُس شدید درد کو یاد کیا جاتا ہے جو قلب یا اُورطی میں پیدا ہوتا ہے، نہایت دفعتہً شروع ہوا کرتا ہے، اور کبھی کبھی مہلک ثابت ہوتا ہے۔ اس شدید درد میں اور قلب میں پیدا ہونے والے اُن خفیف تر دردوں میں جنھیں بعض اوقات "ذبحۂ صغیرہ ("angina minor") یا اس سے بھی بہتر محض" دردِ قلب" کے نام سے خطاب کرتے ہیں غالباً کوئی بنیادی فرق نہیں ہے۔

اسباب۔ یہ طفلی میں ہوسکتا ہے، لیکن تیس سال کی عمر سے پہلے عموماً نہیں ہوتا، عمر کے ہر سال کے ساتھ اس کا وقوع بڑھتا جاتا ہے، اور پچاس اور پچھتّر سال کی عمروں کے درمیان یہ نہایت عام ہوتا ہے۔ یہ عورتوں کے نسبت مردوں میں، ایک اور چار کے تناسب میں، زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ اس پر توارث بھی اثر رکھتا ہے۔ یہ اورطی مرض میں عام اور مطراقی ضیق میں شاذ ہے۔ بعض اوقات تمباکو بھی اس کا سبب ہوتا ہے۔ ماسکی عفونت، بالخصوص جو مارہ میں یا دانتوں کے راسوں پر ہو، ایک دوسرا عامل ہے۔ فوری محرک اسباب یہ ہیں:- (۱) جسمانی ورزش، بالخصوص پہاڑیوں پر چڑھنا یا ہوا کی مخالف سمت میں چلنا اور زمانۂ بعد میں، خفیف ترین قسم کی مشقت۔ (۲) زیادہ کھانا کھانا۔ زیادہ اکثر یہ دونوں عاملات مجموعی طور پر کارفرما ہوتے ہیں۔ (۳) جذباتی ہیجان، خواہ یہ پستی پیدا کرنے والا ہو یا انتعاش آفریں ہو، اور دماغی بار۔ اور (۴) سردی میں تکشف آخر الذکر اہم ہے، کیونکہ ممکن ہے کہ رات کے وقت کسی سرد کمرے میں لباس اتارنے سے بستر میں اس کا حملہ ہو جائے۔ بعض اوقات اس کا حملہ دوران خواب میں شروع ہوجاتا ہے۔

امراضیات۔ جب اس کے حملہ میں موت واقع ہوگئی ہو تو قلب عموماً مرتخی اور اس کے کہفے خون سے پُر پائے گئے ہیں۔ اماتوں کی غالب تعداد میں، قلب کا یا اورطی کا

کوئی مرض پایا گیا ہے، جو کہ بیشتر اقسامِ ذیل کا تھا :۔ عضلۂ قلب کا التہاب ۔ عضلۂ قلب کا لونی، شحمی، یا لیفی انحطاط ۔ آتشکی التہاب اورطی کا اورطی کا تحیر دما یا اتساع ۔ اورطی مصراعوں کا انتحیر دما، یا تکلس، یا سکڑن ۔ اکلیلی شرائین میں شریانی صلابیت (arterio-sclerosis) یا کلسی جماؤ، یا ان کا انطماس دروں شریانی التہاب یا علقیت سے ۔ اکلیلی سدادیت جلد ہی موت واقع کرسکتی ہے، جو کہ شدید ترین ذبحی علامات کے ساتھ ہوتی ہے ۔ ذبحۂ صدریہ کے سبب سے واقع ہونے والی موت کی بعض مثالوں میں عضلۂ قلب اور اکلیلی شرائین بالکل تندرست پائے گئے ہیں ۔

میکنزی (Mackenzie) کی رائے ہے کہ ذبحہ کا انحصار عضلۂ قلب پر ہوتا ہے (29) ۔ اس ضمن میں یہ نوٹ کرنا چاہیے کہ مطرانی ضیق کا معمولی درد، جو بائیں اُذین میں پیدا ہوتا ہے، سینہ کے بائیں جانب واقع ہوتا ہے، ایک ایسے بند میں جو ہنسلی سے لیکر غضروف حنجری سے نیچے تک پھیلتا ہے ۔ اس رقبہ کی جلد کے حسی اعصاب نخاع کے چھٹے اور ساتویں ظہری فلقات تک جاتے ہیں ۔ اس کے برعکس وہ درد جو بطین اور اورطی میں پیدا ہوتا ہے، سینہ میں نسبتۂ اوپر محسوس ہوتا ہے، ایک ایسے رقبہ پر جو نسبتۂ بلند تر ظہری فلقات سے متناظر ہوتا ہے، کیونکہ جنینی قلبی نالی میں بطینی حصہ اُذینی حصے سے نسبتۂ مقدم واقع ہوتا ہے اور بعد میں آگے کو خمیدہ ہو کر نیچے آجاتا ہے (30) ۔ یہ نظریہ کہ ذبحی درد بطین سے پیدا ہوتا ہے، اب عام طور پر تسلیم کیا جاتا ہے ۔ تندرست عضلۂ قلب سے بعض اوقات درد کا پیدا ہو جانا، اس سے زیادہ مشکل نہیں ہے کہ جتنا بوابی ضیق (pyloric stenosis) کی صورت میں تندرست معدی عضلہ سے اکثر درد کا پیدا ہو جانا ۔ دردِ قلب، آکسیجن کی عدم موجودگی میں، عضلۂ قلب کے سخت کام کرنے کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے، اور یہ ماننا قرینِ عقل معلوم ہوتا ہے کہ اُس کے عضلی ریشوں کو اتنا کافی تندرست ہونا چاہیے کہ وہ درد کو پیدا کرسکیں ۔ انھیں سخت کام کرنے کے قابل ہونا چاہیے ۔ تندرست مگر نا تربیت یافتہ اشخاص کو جو تحت القص درد فٹ بال کے سخت کھیل میں محسوس ہوتا ہے، وہ بھی مماثل مبدا، کا ہوتا ہے ۔ لیفی قلب (fibroid heart) کے ساتھ ذبحہ اس وجہ سے واقع ہو سکتا ہے کہ عضلی ریشے، تندرست ہونے کے باوجود، تعداد میں بہت گھٹ جاتے ہیں اور اُن کی جگہ لیفی بافت لے لیتی ہے بعض اوقات

ذبحہ واقع ہوتا ہے لیکن زور لگانے پر سانس بالکل نہیں پھولتی، اس کی وجہ یہ ہے کہ عضلۂ قلب باوجودیکہ اس پر معمول سے زائد کام پڑ گیا ہے، اب بھی دورانِ خون کو قایم رکھتا ہے۔ ممکن ہے کہ جب دورانِ خون کا فشل ہو جائے تو ذبحہ غائب ہو جائے، اور جب علاج سے دورانِ خون پھر قائم ہو جائے تو ذبحہ پھر پیدا ہو جائے۔ تاہم عام ترین حالت بلاشبہ یہ ہوتی ہے کہ زور لگانے کے بعد درد اور سانس کا پھولنا دونوں بیک وقت پیدا ہوتے ہیں۔ اس تجرباتی درد کی تمثیل کی بنا پر جو کہ دوران خون بند ہونے کے بعد عضلی ورزش کرنے پر کسی جارحہ میں پیدا ہو جاتا ہے (ملاحظہ ہو متوقف عرجان = intermittant claudication)، یہ رائے پیش کی گئی ہے کہ ذبحہ شریانی تشنج سے پیدا ہوتا ہے، جو کہ بافت میں ایک پ مادہ (P-substance) آزاد کر دیتا ہے۔ یہ پ مادہ ایسا مستمر درد جو ضربات قلب کے ساتھ متغیر نہیں ہوتا پیدا کرتا ہے۔ شاید پ مادہ، پست سالمی وزن والے غیر مکمل طور پر آکسیجن یافتہ حاصلاتِ تحول (metabolites) ہوتے ہیں جو کہ ولوجی دباؤ پیدا کر کے عمل کرتے ہیں اور اس وقت جب کہ آکسیجنی رسد عود کرتی ہے مکمل طور پر آکسیجن یافتہ ہو کر غائب ہو جاتے ہیں۔

امائل نائٹرائیٹ (amyl nitrite) جو شدید ترین قسم کے (یعنے انعقام کی وجہ سے ہونے والے) درد کے سوائے باقی سب طرح کے درد کو چند ہی سیکنڈز میں تسکین دے دیتا ہے، اکلیلی شریانوں کا اتساع کر کے عمل کرتا ہے، اور بعض مریضوں میں برقی قلبی ترسیم کو تبدیل کر دیتا ہے، اور ت۔موج کو انتصابی کر دیتا ہے (28)۔ وہ شرحِ نبض کو بھی بڑھاتا ہے، اور گو وہ محیطی عروق کا اتساع اور ساتھ ہی چہرہ کی نمایاں تمتاہٹ (flushing) پیدا کر دیتا ہے تاہم تسکین کا سبب یہ نہیں ہو سکتا، کیونکہ اکثر ایسا ہوتا ہے کہ خون کا دباؤ کم ہونے سے پہلے ہی تسکین محسوس ہونے لگتی ہے۔ امائل نائٹرائیٹ سے ایک ایسے مریض میں بھی تسکین محسوس ہوئی جس کو مطرانی ضیق اور بازو کے ساتھ بھٹنی کے نیچے درد بھی تھا۔

295　**علامات**۔ مریض پر بالکل ناگہانی طور پر سینہ کے سامنے حاد درد کا حملہ ہو جاتا ہے، اور یہ درد عظم القص کے بالائی یا زیرین حصے کے نیچے، یا یوں کہنا چاہئے کہ اس سے

بائیں جانب واقع ہوتا ہے لیکن خود قلب کے مقام پر درد نہیں ہوتا۔ درد اس مقام سے بائیں جانب اور پیچھے، یا آرپار عظم الکتف تک، اوپر کو بائیں شانے تک، اور نیچے بائیں بازو اور ہاتھ تک تشعع کرتا ہے۔ یا نسبتہً کم بار ایسا اتفاق بھی ہوتا ہے کہ یہ عظم القص کے دائیں طرف ہو کر دائیں شانے، بازو اور ہاتھ تک تشعع کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ درد ایک ہی وقت میں دائیں اور بائیں دونوں جانب واقع ہو۔ یہ گردن کے دونوں جانب جلد الراس تک اوپر چلا جا سکتا ہے، جس کی توجیہ اس واقعہ سے ہوتی ہے کہ سہ توامی عصب قلب سے نکلنے والے درآور تائیہی لسانی بلعومی عصب کا حسی جواب (counterpart) ہوتا ہے اور اس لئے وہ "بعید السبب درد" کا محل وقوع بن جاتا ہے (30)۔ یہ درد حلق میں محسوس ہو سکتا ہے۔ سینہ کا درد "خارق" یا "ناخز" یا "آگ کی طرح جلتا ہوا سوزشی" یا "مضیق" بیان کیا جاتا ہے۔ بازوؤں یا انگلیوں میں درد کے ساتھ جھنجھناہٹ یا سن پنا بھی محسوس ہونا ممکن ہے۔ مختلف مریضوں میں درد کا آغاز بہت مختلف طور پر ہوتا ہے۔ مثلاً ممکن ہے کہ وہ ایک یا دونوں بازوؤں میں شروع ہو کر اوپر کو سینہ تک پھیل جائے۔ یا ممکن ہے کہ وہ بالائی شکم میں شروع ہو (شراسیفی ذبحہ = epigastric angina)، یا نسبتہً نیچے شکم میں شروع ہو (شکمی ذبحہ = angina abdominis)۔

ایسے ہی ایک مریض میں یہ درد زور لگانے یا محنت کرنے پر شروع ہو جاتا، اور ابتداءً ناف کے خطے میں محدود ہوتا جہاں وہ نہایت شدید ہوتا۔ لیکن یہ بتدریج شدت میں بڑھ کر سینہ اور پشت پر ساری دور پھیل جاتا تھا۔ حملہ کے دوران میں مریض کا بشرہ تشویشناک یا سنجیدہ ہوتا ہے۔ اور اگر وہ چل رہا ہے تو ٹھیر جانے پر مجبور ہو جاتا ہے، اور وہ خاموش رہتا ہے۔ اسے ٹھنڈے پسینے آنے لگتے ہیں۔ ممکن ہے کہ اس کا ریق زیادہ ہو جائے اور اسے قریب الموت ہونے کا احساس ہو۔ نبض عموماً غیر متغیر ہوتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ وہ سست ہو جائے، یا ایسی بے نظمیاں، جیسے کہ مستزاد انکماشات دیکھے جائیں۔ ایک مہلک حملہ کے خاتمہ کے قریب نبض تیز ہو جاتی ہے۔ خون کے دباؤ میں کوئی تمیز تبدیلی نہیں ہوتی۔ بعض مریضوں میں وہ بقدر ۲۰ ملی میٹر یا تقریباً ۲۰ ملی میٹر زیادہ ہو جاتا ہے۔ درد چند سکنڈ یا منٹ جاری رہنے کے بعد بہ سرعت جاتا رہتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ چند گھنٹوں کے دوران میں پھر بار بار ہونے لگے، یا چند مہینوں یا برسوں تک

پھر نہ محسوس ہو۔ ذبحہ پہلے اور واحد حملہ میں مہلک ہو سکتا ہے۔ حملوں کے درمیان میں اور شدید حملوں کے بالآخر موقوف ہو جانے کے بعد ممکن ہے کہ سینہ کی دیوار اور بازوؤں پر مختلف مقامات پر دبانے سے الیمیت محسوس ہو اور ہفتوں تک اس طرح محسوس ہوتی رہے۔ یہ مقامات آئے دن بدلتے رہتے ہیں۔ ساتھ ہی ممکن ہے کہ مریض کی توجہ سینہ کے اندر مُری یا پھکاؤ کے احساسات کے طرف مبذول ہو جنھیں اس امر کی تنبیہی علامتیں سمجھنا چاہیئے کہ اگر احتیاط نہ کی جائے گی تو شدید درد نمودار ہو جانے کا امکان ہے۔

حملہ کے ساتھ اکثر معدے کی پُری کا احساس موجود ہوتا ہے بالخصوص جب کہ حملہ کھانے کے بعد ورزش کی وجہ سے شروع ہو گیا ہو اور ممکن ہے کہ اگر ڈکار کے ذریعہ ہوا کامیابی کے ساتھ خارج کردی جائے تو اس میں تخفیف ہو جائے۔ اسی علامت کی کثرت وقوع سے یہ رائے پیدا ہو گئی ہے (31) کہ ہوا سے معدے یا مُری کا پھولنا ہی اس شکایت کا اولی سبب ہے لیکن اس رائے کو چند اشخاص ہی تسلیم کرتے ہیں۔ ایک مشاہدہ کردہ اصابت میں (32) ڈکاریں لینے کی کوشش سے درد میں ہر مرتبہ تخفیف ہو گئی لیکن لاشعاعوں سے پتہ چلا کہ معدے میں ہوا داخل ہو گئی تھی۔ تاہم مقام ذبحہ اور بالائی غذائی خطے کے درمیان ایک نہایت قریبی معکوس تعلق ہوا کرتا ہے کیونکہ پیٹ بھر کر کھانا کھانے سے حملہ میں تعجیل ہو جائے گی نیز ذبحی حملوں کے دوران میں محسوس ہونے والے بعض درد مُری کے اندر پیدا ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ وہ نگلنے سے ایک لمحہ کے لئے زیادہ ہو جائیں یا کم ہو جائیں۔ اِن کی توجیہ اُس دودی حرکت کی موج سے ہوتی ہے جو نگلنے کے بعد مُری پر سے نیچے کو گزرتی ہے (32)۔ جان ہنٹر نے اس موضوع پر خود اپنی حالت میں سریری مشاہدہ کیا۔ شاید ایسے دردوں کے لئے "ذبحۂ کاذب" ("pseudo-angina") کی اصطلاح استعمال کی جاسکتی ہے۔ بعض اوقات ذبحۂ مرضِ ریناڈ کے ساتھ پایا جاتا ہے۔

ذبحۂ صغیر (angina minor) میں ممکن ہے کہ مریض ورزش یا سردی سے تکشف کے نتیجہ میں چند سیکنڈ تک کیقدر تحت القص درد محسوس کرے اور خاموش رہنے پر مجبور ہو جائے۔ بعض اوقات یہ حملے غلط طور پر "ذبحۂ کاذب" کے نام سے موسوم کئے گئے ہیں لیکن اس اصطلاح کا استعمال اس تعلق میں نہیں کرنا چاہیئے ورنہ اس حالت کی نزاکت مخفی ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔

تشخیص۔ درد کی نوعیت، زور لگانے کی وجہ سے اس کا وقوع، اماٹل نائٹرائیٹ سے اس میں تخفیف ہونا، قلبی یا شریانی ضرر (مصراعی مرض یا صلابت الشرائین) کے علامات، یہ سب امور عموماً فیصلہ کن ہوتے ہیں۔ اسے اس قلبی درد سے تمیز کرنا چاہیے جو پیش قلبیہ پر محسوس ہوتا ہے، اور مصراعی مرض یا عضلۂ قلب کے انحطاط کی وجہ سے فشل پذیر ہونے والے قلب کے ساتھ ہوا کرتا ہے۔ اسے وجع العصبی (neuralgic) درد دل سے بھی تمیز کرنا چاہیے، بالخصوص عصبانی مزاج کی عورتوں میں۔ اس حالت میں درد اکثر آرام وسکون کی حالت میں ہوا کرتا ہے، ذبحہ کے نسبت زیادہ طویل عرصہ تک جاری رہتا ہے، اور ممکن ہے کہ قلب کے پُر شور فعل اور اختلاج کے ساتھ متلازم ہو۔ ذبحہ کی نسبتہً خفیف قسمیں اکثر اوقات غلطی سے سوءِ ہضم یا التہاب معدہ سمجھ لی جاتی ہیں۔ اور اس کی توجیہ ایک حد تک اس واقعہ سے ہوتی ہے کہ اس کا حملہ اکثر اس وقت ہوتا ہے جب کہ مریض کھانا کھانے کے بعد چلتا پھرتا ہے۔ تمباکو کے ذبحہ (tobacco angina) کے خصائص ذبحۂ صدریہ سے کسیقدر مماثل ہوتے ہیں۔ نہایت شدید درد ایک اکلیلی شریان کی علقیت سے بھی پیدا ہوسکتا ہے، جو بعد میں بیان کی گئی ہے۔ لیکن یہ درد مسلسل ہوتا ہے، اس میں مریض مبہور اور اکثر بے چین ہوتا ہے۔ نبض ضعیف ہوجاتی ہے، تپ موجود ہوتی ہے، اور خون کے سپید خلیوں کی کثرت اور بعض اوقات تاموری فِرک ہوتا ہے جو تشخیص کا فیصلہ کردیتا ہے۔ بالآخر، معدہ کے حاد انتفاخ سے بھی ایسے ہی علامات پیدا ہوگئے ہیں، اور اس میں معدے کے اندر ایک انبوبہ داخل کرنے سے تخفیف ہوگئی ہے۔

296

انذار۔ ممکن ہے کہ موت ذبحی حملہ کے دوران میں، یا اس کے ذرا دیر بعد، یا سوتے میں، یا دفعتہً واقع ہوجائے۔ وہ فشل قلب سے یا دوسرے اسباب سے واقع ہوسکتی ہے۔ انذار کا انحصار اس پر ہوتا ہے کہ مریض پر علاج کا اثر کس قدر اچھا ہوتا ہے۔ یہ ہوسکتا ہے کہ مریض کو ایک حملہ ہو اور اس کے باوجود اگر معقول احتیاط کی جائے تو وہ برسوں بعد تک زندہ رہ سکے۔ ناموافق امارات یہ ہیں:— ورزش کی قلیل مجیبیت، نبض تبادل، اور برقی قلبی ترسیموں میں بعض تبدیلیاں (ملاحظہ ہو صفحہ 281)، جو سب یہ ظاہر کرتے ہیں کہ قلب کی فعلی قوت تحت السواء ہے۔

علاج - دوران حملہ میں مریض کو بالکل خاموش اور بے حرکت رہنا چاہیئے۔ ذبحہ کے حملہ کے لئے نہایت کارگر دوا نائٹرائیٹ آف امائل (nitrite of amyl) ہے۔ اسکے ۳ تا ۵ قطرے شیشہ کے ایک چھوٹے کیسہ میں مشمول ہوتے ہیں جس پر کتان چڑھا ہوا ہوتا ہے۔ اس کیسہ کو انگلی اور انگوٹھے کے درمیان یا چمٹے سے دبا کر توڑ دیا جاتا ہے اور دوا کا بخار آزادانہ سونگھا جاتا ہے۔ اس کے سونگھنے سے چہرہ سرخ ہو جاتا ہے، جسمی عروق پھڑکنے لگتے ہیں، اور درد اکثر فوراً موقوف ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ دوا کی اس معتاد کو مکرر دینا پڑے۔ نائٹروگلیسرین (nitro-glycerine) (۱/۱۰۰ تا ۱/۱۲ گرین) کا ایک قرص منہ میں رکھنے اور چبانے پر جب اس کا جذب واقع ہوتا ہے تو اس سے بھی اچھا اثر ہوتا ہے۔ نائٹروگلیسرین کی قلیل معتادوں کے استعمال کے بعد بھی ابتدائً تپک کے ساتھ دردِ سر (throbbing headache) ہوتا ہے، لیکن کچھ عرصہ کے بعد اس کی برداشت پیدا ہو جاتی ہے اور نسبتہً بڑی معتادوں کا تحمل ہو سکتا ہے۔ سوڈیم نائٹرائٹ (sodium nitrite) (۲ ½ گرین بصورت قرص) اور اریتھرال ٹیٹرا نائٹرائٹ (erythrol tetranitrite) (۱ گرین ایک ڈرام الکحل مطلق کے اندر مناسب طور پر مرقق کرکے) بھی عمدہ موسع العروق (vaso-dilators) ہیں۔ اگر یہ تدبیریں ناکامیاب ہوں تو مارفیا کا تحت الجلدی اشراب کام میں لایا جا سکتا ہے، اور زیادتی ہبوط ہو تو برانڈی یا ایتھر کی ضرورت پڑے گی۔ مارفیا بوقت خاص طور پر مفید ہوتا ہے جب کہ جوش و ہیجان یا دماغی تشویش کے باعث حملوں میں تعجیل ہو جائے۔ جب پُر معدے کی وجہ سے یا ریحیت کے ہمراہ حملے ہو جائیں تو سال وولاٹائل (sal volatile) پانی کی مساوی مقدار کے ساتھ مرقق کیا ہوا مفید ہو سکتا ہے۔ آکسیجن خیمہ کے ذریعہ مکرر حملے روکے جا چکے ہیں۔

جب کسی مریض میں ذبحہ ایک مرتبہ ظاہر ہو جائے تو ضروری ہے کہ مریض چند ہفتوں تک بستر میں کلی آرام لے اور تشویش و ہیجان سے محترز رہے۔ غذا ایک وقت میں تھوڑی مقدار میں دی جائے۔ جب مریض پھر چلنے پھرنے لگے تو اس کو چاہیئے کہ اپنی طرزِ زندگی کو اس طرح بدل دے کہ ان اسبابِ عاملہ (وافر عضلی محنت وغیرہ) سے محترز رہے جن سے حملہ ہو گیا تھا۔ اپنی زندگی کو منتظم بنانے میں اسے پُری اور سینہ کے پچکاؤ کے ان تنبیہی احساسات سے مدد ملے گی جو اکثر کے پھر

حد سے زیادہ کام شروع کرنے پر ظاہر ہو جائیں گے۔ حملوں کی روک تھام اولاً تو ادویہ سے کرنی چاہیئے۔ لیکن کچھ عرصہ کے بعد غالباً نائٹرائٹس کا استعمال حفظ ما تقدم کی غرض سے نہ کرنا بہترین ہے، کیونکہ اگر وہ مریض کے تنبیہی امارات کو دور کر دیں، تو اسے پھر اپنے قلب سے زیادہ کام لینے کی جرأت ہو جاتی ہے، اور اس سے دورانِ خون کا فشل پیدا ہو جانے کا امکان ہے۔ امائل نائٹرائٹ یا نائٹروگلیسرین کے قرص ضرورت کے وقت کام آنے کے لئے پاس رکھنے چاہئیں۔ تمباکو نوشی کی زیادتی کو موقوف کر دینا چاہیئے۔ بعض مریض تمباکو کے لئے اس قدر حساس ہوتے ہیں کہ دن میں ایک یا دو سگریٹ بھی ان کے حملوں کو جاری رکھ سکتے ہیں۔ شدید اصابتوں میں، جہاں قلب کی محفوظ قوت کم ہو ممکن ہے ایسا علاج حملوں کو روکنے میں ناکامیاب رہے، اور جب کبھی مریض ذرا ہی چلے پھرے گا تو یہ بدستور واقع ہو جائیں گے۔ ایسی اصابتوں میں نائٹروگلیسرین مفید ہو گی۔ اس کی معتاد $\frac{1}{100}$ قطرہ روزانہ تین یا چار بار ہو سکتی ہے، جسے بتدریج $\frac{1}{50}$ یا $\frac{1}{25}$ تک بڑھا سکتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں آیوڈائڈ آف پوٹاسیم (۵ تا ۳۰ گرین) بھی نفع بخش ہوتا ہے۔ آتشک کا علاج بھی کرنا چاہیئے، جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے۔ ذیابیطس شکری (diabetes mellitus) میں کاربوہائڈریٹ کی کثرت رکھنے والی غذا اور انسولین (insulin) دینی چاہیئے۔ بعض اوقات برقی قوس (electric arc) میں جسمانی سطح کا تکشف کرنے سے حملے رک گئے ہیں۔ امونیم برومائڈ، ۱۰ تا ۲۰ گرین کی خوراکوں میں، بحیثیت ایک ذہنی مسکن کے مفید ہے۔ ہمارے معلومات کی موجودہ حالت میں جراحی علاج، یعنی عصب خافضہ کو قطع کر دینے کی سفارش نہیں کی جا سکتی۔

297

ذبحہ کا تلازم قلب اور شش کے اس احتقان کے ساتھ جو چپ جانبی فشل کے باعث ہو ظاہر کرتا ہے کہ مسدود مزمار کے مقابل زور سے زفیر کرنے سے اور اس طرح قلب اور شش، نظامی دورانِ خون کے اندر خالی کرنے سے ممکن ہے کہ حملہ رک جائے۔ راقم الحروف کا ذاتی مشاہدہ ثابت کرتا ہے کہ کم از کم خفیف چپ جانبی دردوں پر تو یہ بیان صادق آتا ہے۔ آہستہ آہستہ گہری سانسیں لینا بھی مفید ہے۔ ممکن ہے کہ زوردار شہیق کا برعکس عمل بعض راست جانبی دردوں پر اطلاق پذیر ہو۔ مریض کو ان حرکات کو عمل میں لانا سکھا دینا چاہیئے۔ یہ یقیناً کوئی نقصان تو کر نہیں سکتے۔

ساری شریانی التہاب

(INFECTIVE ARTERITIS)

حاد شریانی التہاب۔ حاد سرایت شریان تک باہر سے آسکتی ہے (ابتدائی گرد شریانی التہاب= (initial peri-arteritis) یا اندر سے (ابتدائی درون شریانی التہاب= initial endarteritis)۔ اول الذکر کسی متصلہ تقیحی مرکز یا زخم سے سرایت رساں عامل کے راست پھیل جانے سے پیدا ہو جاتا ہے۔ نسبتہً بڑی شرائین کا ابتدائی حاد درون شریانی التہاب دیوار شریانی پر ان عضویوں کے حملہ کی وجہ سے ہوسکتا ہے جو درونہ میں مغروز عفونی سداد کے ذریعہ منتقل ہو گئے ہوں یا وہ ہم پہلو عفونی روئیدگیوں میں سے سرایت کے پھیلنے سے پیدا ہوتا ہے جیسے کہ اس خبیث التہاب درون قلبہ میں جو آورطی یا ریوی شرفوں کو ماؤف کر دیتا ہو۔ سرایت رساں عامل خواہ کسی راستہ سے عرقی دیوار تک پہنچے آخر الذکر کی ساری دبازت بہ سرعت ماؤف ہوسکتی ہے۔ نسیجیاتی لحاظ سے حاد التہاب کا سا منظر پیدا ہو جائے گا اور نرم شدہ دیوار درجۂ مضرت کے لحاظ سے یا تو باہر کے طرف ابھر آتی ہے (فطری انورسما = mycotic aneurysm) یا وہ مثقوب ہو کر خون کو باہر نکلنے دیتی ہے۔

حاد گرہلی کثیر شریانی التہاب (polyarteritis acuta nodosa)-

حاد گرد شریانی التہاب کی اصطلاح استعمال کرنے کے بعد یہاں ایک نہایت شاذ حالت (جسے حاد گرہلی گرد شریانی التہاب بھی کہتے ہیں) کا تذکرہ کرنا بے محل نہوگا خاص طور پر اس وجہ سے کہ غالباً وہ بھی ایک حاد سرایت کے باعث ہوتا ہے اگرچہ آخر الذکر کی نوعیت اب تک متعین نہیں ہوئی ہے۔ جسم کی بہت سی چھوٹی شریانیں ماؤف ہوسکتی ہیں بالخصوص قلب اور گردوں کی۔ ماؤف عروق میں چھوٹے گرہلی اورام پیدا ہوجاتے ہیں جو دراصل چھوٹے چھوٹے انورسما ہوتے ہیں اور ان کے ساتھ علقیت کبھی ہوتی ہے کبھی نہیں ہوتی۔ معلوم ہوتا ہے کہ ابتدائی ضرر شریان کے درمیانی طبقہ کا ماسکی تنخرز ہوتا ہے اور اس کے گردوپیش حاد التہابی تعامل ہوتا ہے جو سب تینوں طبقات کو ماؤف کر دیتا ہے۔ ممکن ہے کہ علقیت واقع ہو جائے یا نرم شدہ دیوار ڈھیلی پڑ کر باہر کے طرف ابھر آتی ہے (انورسما) اور

اکثر اوقات پھٹ کر خون کو باہر نکلنے دیتی ہے۔

تدرنی شریانی التہاب (tuberculous arteritis) مزمن ساری شریانی التہاب کے دو عام ترین سبب عصیہ درنیہ اور بیچ سلکیہ شاحب ہیں۔ ایک درنی مرکز کے قرب وجوار میں ایک شریان کی دیوار تجبنی اریکی عمل کے راست پھیلاؤ کی وجہ سے ماؤف ہو سکتی ہے۔ ماؤف دیوار ایک تدرنی ضرر کے معمولی خصائص ظاہر کرتی ہے، اور ممکن ہے کہ بطانی یا دروں حلمی خلیات کے تکاثر سے، خواہ اس کے ساتھ ایک علقہ ہو یا نہ ہو، شریان کا درونہ مطموس ہو جائے۔

آتشکی شریانی التہاب (syphilitic arteritis) آتشکی شریانی التہاب کی صورت میں دو قسمیں شناخت کی جاتی ہیں۔ ایک وہ جو اورطی میں پایا جاتا ہے، اور دوسرا وہ جو چھوٹی شریانوں میں ہوا کرتا ہے، لیکن دونوں کا بنیادی تعامل مماثل ہوتا ہے۔ اول الذکر میں التہابی عمل، جو بیچ سلکیہ کی تحریک سے شروع ہوتا ہے، بیرونی طبقہ میں عروق العروق کے تعلق میں آغاز پذیر ہوتا ہے اور ان کا درونہ اپنے استری دروں حلمی خلیوں کے تکاثر سے تنگ یا مطموس ہو جاتا ہے۔ گول خلیوں کی گرد عروقی دررزش عروق العروق کے ہمر کے ساتھ ساتھ واقع ہوتی ہے اور اسی واسطے اورطی کے درمیانی طبقہ میں پھیل جاتی ہے۔ عضلی خلیوں اور لچک دار بافت کے چھوٹے چھوٹے رقبوں میں تنخر واقع ہو جاتا ہے، اور یہ رقبے لمف آسا اور بلازمائی خلیوں کے ماسکوں کے ساتھ مل کر خردبینی صمغیے بنا دیتے ہیں۔ ایسے رقبہ کا بطانہ، بطانی خلیوں کے تکاثر سے دبیز ہو جاتا ہے، اور ان نوخیز عروق شعریہ کی کلیاں پھوٹ نکلنے کی وجہ سے، جو کہ اس دبیز رقبہ کے اندر بالیدگی حاصل کرتے ہیں عروقی ہو جاتا ہے۔ بعد میں کچھ تو تنخری طبہ کے جذب کی وجہ سے اور کچھ اس نوخیز لیفی بافت کے انقباض کی وجہ سے جو غائب شدہ عضلی اور لچکدار بافت کے بجائے پیدا ہو جاتی ہے، اورطی کی اندرونی سطح پر انداب دیکھا جاتا ہے۔ اس طریقہ سے نالچکدار لیفی بافت درمیانی طبقہ کی اس عضلی اور لچکدار بافت کی جگہ لے لیتی ہے کہ جس پر شریانی دیوار کی کارکردگی کا انحصار ہوتا ہے، اور آخر الذکر جہاں کہیں متلیف ہو جاتی ہے، بتدریج پھیل کر تن جاتی ہے۔ انورسما کی پیدائش کا یہی طریقہ ہے۔ چونکہ اس ضرر کی اہمیت کا انحصار درمیانی طبقہ کو پہونچی ہوئی مضرت کی مقدار پر ہوتا ہے، لہٰذا اورطی کے

آتشکی مرض کو اکثر التہابِ میاں اورطی (mesaortitis) کہتے ہیں، اگرچہ وہ اوّلاً عروق العروق کا ایک ضرر ہوتا ہے۔

ماؤف اورطیٰ، دبازت کی چکتیاں نیز ایک نہایت متعین انداب ظاہر کرے گا اور آخر الذکر خالی آنکھ سے ایک آتشکی ضرر کو اُن ضررات سے متفرق کرنے میں کام آتا ہے جو اتحیر وما کی وجہ سے ہوتے ہیں، اور یقیناً اتحیر وما کا ساتھ موجود ہونا بھی ممکنات میں سے ہے۔

نسبتہً چھوٹے شرائین کی حالت میں بیرونی طبقہ بھی چھوٹے گول خلیوں کی دربیز ظاہر کرتا ہے۔ درمیانی طبقہ بہت کم ماؤف ہوتا ہے، لیکن بطانہ نہایت معین تغیرات ظاہر کرتا ہے۔ بطانہ کی اتصالی بافت کے خلیوں کے تکاثر کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ وہ بہت دبیز ہوجاتا ہے۔ لیفی ورقے اور نئی لچکدار بافت پیدا ہوکر درونہ بہت تنگ بلکہ مطموس ہوجاتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ عملِ انطماس علقیت کے وقوع سے تیز تر ہوجائے۔ آتشکی مرض کی اِس قسم کا ایک عام محلِ وقوع دماغی عروق ہیں، بالخصوص اُن کی قشری شاخیں۔ صمغیات میں واقع ہونے والے تنخر کے تعلق میں آتشکی التہابِ بطانۂ شریان (syphilitic endarteritis) ایک اہم حصّہ لیتا ہے، اور اِس کے برعکس ایک صمغیتی عمل، راست پھیلاؤ کے ذریعہ سے بڑھ کر قرب وجوار کی ایک چھوٹی شریان کو ماؤف کرسکتا ہے جو اب تک غیر ماؤف تھی۔

اس طرح پر تدریجی اور آتشکی التہابات بطانۂ شریان دونوں درونہ کا انطماس پیدا کردینے کا رجحان رکھتے ہیں، لہٰذا وہ انطماسی التہاب بطانۂ شریان (endarteritis obliterans) یا تکاثری التہاب بطانہ شریان (endarteritis proliferans) کی مثالیں ہیں۔ یہ ایک ایسا عمل ہے جو ابھی بیان کئے ہوئے طریقوں کے علاوہ اور دوسرے طریقوں سے بھی واقع ہوسکتا ہے۔ مثلاً اِس اصطلاح کا اطلاق اُن شرائین کے فعلیاتی انطماس پر کیا جاسکتا ہے، کہ جن کی ضرورت نہ رہی ہو۔ یہ انطماس سرّی شرائین (umbilical arteries)، قناۃ شریانی (ductus arteriosus)، وضع حمل کے بعد بہت سے رحمی عروق، سنِ یاس کے زمانہ میں بیضی عروق، وغیرہ میں واقع ہوجاتا ہے۔ ان اصابتوں میں بطانہ تبدریج دبیز ہوجاتا ہے اور درونہ مطموس اور

عضلی خلیئے مذبول ہوجاتے ہیں۔

علقی عرقی انطماسی التہاب (thrombo-angiitis obliterans)۔

التہاب بطانۂ شریان کی ایک دوسری قسم "علقی عرقی انطماسی التہاب" (thrombo-angiitis obliterans) کے نام سے موسوم ہے۔ شریانی مرض کی یہ مخصوص قسم بالخصوص نوعمر یا ابتدائی ادھیڑ عمر کے بالغ یہودیوں میں ہوا کرتی ہے، خاص کر اُن میں جو مشرقی یورپ کے رہنے والے ہوں۔ یہ آتشک کی وجہ سے نہیں ہوتی، لیکن ممکن ہے کہ زیادہ سگریٹ نوشی ایک حد تک اِس کا سبب ہو۔ خون کا دباؤ بڑھا ہوا نہیں ہوتا۔ مرض کا ٹھیک طریقۂ پیدائش غیر واضح ہے۔ تاہم بطانہ کے خلیات کا بہت تکاثر ہوتا ہے، اور اِس طرح وہ بتدریج دبیز تر ہوجاتا ہے۔ اِسی کے ساتھ ساتھ یا اِس سے پہلے علقیت واقع ہوجاتی ہے، اور ازاں بعد اِس علقیت کا تعفنی ہوجاتا ہے۔ بیرونی طبقہ میں کوئی التہابی تغیرات نہیں ہوتے، اور درمیانی طبقہ صرف کبھی کبھی انحطاطی تغیرات ظاہر کرتا ہے۔ اِس شریان سے جس حصے کو رسد پہنچتی ہے اُس کا تغذیہ گو ناقص ہوتا ہے لیکن وہ ہنوز ممکن ہوتا ہے۔ توقف عرجان (intermittant claudication) اور حمرتی وجع الجوارح (erythromelalgia) ممیز علامات ہیں۔

گرد شریانی التہاب گرھکی۔ ایک شاذ حالت ہے جس میں درمیانی طبقہ کا انحطاط، اور بطانہ کا تکاثر ہوتا ہے، جو بسا اوقات علقیت، اور اریکی گرد شریانی التہاب کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ وریدیں بھی متاثر ہوجاتی ہیں، اور یہ حالت جسم میں وسیع طور پر پھیلی ہوتی ہے۔

مزمن شریانی انحطاطات

(CHRONIC ARTERIAL DEGENERATIONS)

انحطاط پیری (senile degeneration) وسطانی انحطاط: medial degeneration)۔ بڑھاپے میں شرائین کے درمیانی طبقہ میں انحطاط یافتہ عضلی خلیوں کے مقام پر کلسی مادے کے چھوٹے چھوٹے ماسکات کا ملنا شاذ نہیں لیکن اِس قسم کے انحطاط کے انتہائی درجہ کو صلابت مونک برگ (Monckeberg's sclerosis)

299

کہتے ہیں ۔ یہ زیادہ تر بڑی شریانوں بالخصوص حرقفی اور فخذی عروق کو اور کبھی کبھی شکمی اورطی کے حصہ زیریں کو ماؤف کرتی ہے اور ممکن ہے شیخوخی گنگرین کی موجب ہو۔ معلوم ہوتا ہے کہ ابتدائی تغیر درمیانی طبقہ کی اتصالی بافت کے خلیوں اور عضلہ کا زجاجی انحطاط ہے ۔ اس انحطاط کے بعد عضلی بافت کے انحطاط یافتہ بندوں میں چونے کے نمکوں کا جماؤ ہوتا ہے، چنانچہ کچھ عرصہ گزرنے کے بعد درمیانی طبقہ کی جگہ کلسی مادے کے کم و بیش مکمل حلقے پیدا ہو جاتے ہیں ۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ماؤف شریان کم و بیش استوار ہو جاتی ہے اور ممکن ہے کہ وہ کسی قدر متسع ہو جائے ۔ بطانہ میں اتھیروما موجود ہو سکتا ہے، لیکن کلسی مادہ کے گرد کوئی التہابی تعامل نہیں واقع ہوتا۔

یہ دراصل بوڑھے اشخاص کا شریانی انحطاط ہے، اور اسے اس تکلس کے ساتھ خلط ملط نہیں کرنا چاہیئے جو اکثر بطانہ میں اتھیرومائی ملبہ کے تعلق میں واقع ہوا کرتا ہے۔

اتھیروما (اتھیرومائی صلابت = athero-sclerosis) (کرہیچی صلابت = nodular sclerosis)۔ اس حالت کو ایک زمانہ میں تشوہی التہاب بطانہ شریان (endarteritis deformans) کہتے تھے، لیکن چونکہ ابتدائی تغیر اولاً اور بعض اوقات خالصاً انحطاطی ہوتا ہے لہذا اب التہاب بطانہ شریان کی اصطلاح اس قدر عام طور پر نہیں سنی جاتی ۔ یہ انحطاط اپنی توزیع میں دراصل چکنتی دار ہوتا ہے، اگرچہ نسبتہً چھوٹی شریانوں میں وہ زیادہ منتشر ہو سکتا ہے ۔

اس کے طریقۂ پیدائش کے متعلق ہنوز بہت شبہ ہے، لیکن غالباً ابتدائی تغیر ایک مقامی انحطاط ہوتا ہے جس کی خصوصیت یہ ہوتی ہے کہ بطانہ میں کولیسٹرال شحمی اور لپائڈی مادے نمودار ہو جاتے ہیں ۔ اسی کے ساتھ، یا تو تخریبی ملبہ کی پیدا کردہ خراش کی وجہ سے یا بطور ایک تعویضی عمل کے، انحطاط یافتہ مرکز پر اکثر بطانہ کی ایک دبازت واقع ہو جاتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ یہ مرکز بطانہ کے عمیق ترین حصے میں چلا جاتا اور درمیانی طبقہ سے متماس ہو جاتا ہے ۔ ممکن ہے کہ بطانی تکاثر اور صلابت موقوف ہو جائے اور انحطاطی عمل درونہ کی طرف پھیل جائے ۔ اس حالت میں بطانہ بالآخر ٹوٹ کر ایک قرحہ بن جاتا ہے جسے "اتھیرومائی قرحہ" ("atheromatous ulcer") کہتے ہیں ۔ بہت بار درمیانی طبقہ میں بھی اس جگہ جہاں وہ انحطاط یافتہ بطانہ کے قریب

ہوتا ہے، شحمی انحطاط واقع ہو جاتا ہے، لیکن یہاں اس امر پر زور دینا ضروری ہے کہ یہ ایک محض اتفاقی اور خالصۃً ثانوی واقعہ ہوتا ہے۔ جیسا کہ بیان کیا گیا ہے بطانہ کے انحطاط یافتہ رقبہ میں کولیسٹرال، شحم اور لپائڈز، وغیرہ موجود ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ان میں سے کچھ متغیر ہو کر صابن بن جائیں، جس کے بعد تکلس واقع ہو جاتا ہے، لہذا کبھی کبھی بالخصوص شکمی اورطی میں بڑی بڑی کلسی چکتیاں پائی جاتی ہیں۔ یہی وجہ ہے کہ اورطی کے اتھیرما میں ہمیں مختلف الانواع ضررات نظر آسکتے ہیں۔

چنانچہ ان زرد چکتیوں کے ہمراہ جو بطانہ میں شحم کے جماؤ کے مقامات پر نمایاں ہوتی ہیں، غیر شفاف سپیدی مائل گدیاں بھی موجود ہو سکتی ہیں، جو بطانہ کی لیفی دبازت کا نتیجہ ہوتی اور اپنے نیچے کے شحمی ملبہ کو چھپاتی ہیں، انھیں کے ساتھ ساتھ ممکن ہے کہ ہم شحمی طور پر انحطاط یافتہ بطانہ کے اوپری تار کلات (اتھیرومائی قروح) دیکھیں یا ایسے کلسی صحفے دیکھیں جو اکثر اوقات شکستہ وریختہ سُرخ خلیوں کے باقیات سے ملوّن اور بعض اوقات ایک جداری علقہ سے ڈھکے ہوئے ہوتے ہیں۔ کبھی کبھی جب کہ درمیانی طبقہ بھی انحطاطی عمل سے ماؤف ہو چکا ہو، کمزور شدہ دیوار کسی حد تک تن جاتی ہے۔ کبھی کبھی یہ بھی ہوتا ہے کہ ایک کلسی صحفہ عرضاً ٹوٹ جاتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ خون شریان کے طبقات میں جا گھستا ہے (تقطیعی انورسما = dissecting aneurism)۔ لیکن تاوقتیکہ آتشکی میاں اورطی التہاب (syphilitic mesaortitis) بھی موجود نہ ہو، جھرّی دار ندبات نہیں ہوتے۔ ضررات کے اُن خصائص کا اختلاف جو کہ برہنہ آنکھ سے نظر آتے ہیں لپائڈی انحطاط اور بطانی صلابت کے اضافی تناسبات پر منحصر ہوتا ہے۔ اُورطی کے اندر ایسی چکتی دار کریہی دبازتیں ممکن ہے کہ نسبتاً کم نقصان کریں، لیکن نسبتاً چھوٹی شریانوں کی حالت میں معاملہ بالکل دوسرا ہوتا ہے۔ یہ چھوٹی شرائین بھی بہت کچھ مماثل طرز کا ضرر ظاہر کرتی ہیں۔ وہ دراصل مرکزی ہوتا ہے لیکن ممکن ہے کہ زیادہ منتشر بھی ہو۔ بطانہ کی یہ کریہی دبازتیں دَرونہ کے اندر اُبھر آتی اور اس میں تشوّہ پیدا کر دیتی ہیں، اور علقیت واقع ہو جانے کی وجہ سے درونہ بآسانی مطموس ہو جاتا ہے، اور اس طرح انفعام پیدا ہو جاتا ہے۔ جہاں درمیانی طبقہ ثانوی طور پر ماؤف ہوتا ہے، بے قاعدہ اتساع واقع ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ عرق پھٹ جائے، بالخصوص

ایسے مقامات میں جیسے کہ دماغ، جہاں عرق کو بہت تھوڑا سہارا حاصل ہوتا ہے۔ ماؤف شدہ شریانی رقبہ کی وسعت مختلف اصابتوں میں مختلف ہوتی ہے۔ بعض اوقات صرف اورطی ماؤف ہوتا ہے، اور بعض اوقات صرف چھوٹی شریانیں یا ایسی شریانوں کا ایک خاص گروہ، مثلاً اکلیلی، دماغی یا کلوی۔

شریانی انحطاط کی یہ قسم زیادہ بوڑھی عمر کے زمانوں میں بہترین دیکھی جاتی ہے، اوراکثر موت کا سبب ہوتی ہے لیکن ممکن ہے کہ یہ نسبتہً ابتدائی عمر میں واقع ہونا شروع ہو۔ یہاں اُن شحمی جماوؤں کا تذکرہ کردینا ضروری ہے، جو اکثر غلافوں کی شکل میں ہوتے ہیں اور حاد حمیات کے نتیجہ کے طور پر بطانہ کے نیچے کی اتصالی بافت کے اندر واقع ہوتے ہیں۔ ”عاجل اتھیروما“ (”early atheroma“) کے نام سے اُن کو غالباً غلط طور پر موسوم کیا گیا ہے۔

300

منتشر بیش تکوینی صلابت (diffuse hyperplastic sclerosis)

(شریانی شعری لیفیت=arterio-capillary fibrosis)- یہ تغیر جو شریانی خون کے دباؤ کی زیادتی کے ساتھ متلازم ہوتا ہے، عموماً اُن اشخاص میں پایا جاتا ہے جو زندگی کے تیسرے عاشورہ سے لیکر پانچویں عاشورہ تک میں ہوتے ہیں۔ ماؤف عروق بالخصوص چھوٹی شریانیں اور شرینات ہوتے ہیں، اور ابتدائی تغیر اِن چھوٹی شریانوں کے درمیانی طبقہ کا تنشی انقباض معلوم ہوتا ہے۔ درمیانی طبقہ کا عضلہ اور لچکدار عناصر دونوں بیش پرورده ہوجاتے ہیں، لیکن بعد میں وہ مذبول ہوکر اُن کی جگہ لیفی بافت کے ورقے لے لیتے ہیں۔ اِسی کے ساتھ ساتھ بطانہ میں خلوی عناصر کا تکاثر واقع ہوجاتا ہے، اور بطانہ کم و بیش یکساں طور پر دبیز ہوجاتا ہے۔ دبیز بطانہ میں لچکدار ریشوں کی جدید تکوین بھی ہوتی ہے۔ صغیر ترین شرینات میں خاص تغیر بطانہ ہی میں ہوتا ہے۔ اِس قطریہ والے عروق کا دَرونہ بہت تنگ ہوجاتا ہے اور ممکن ہے کہ کلی طور پر مطموس ہوجائے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ عضو کے اُس حصے میں جسے ماؤف عرق سے رسد پہنچتی ہے ذبولی تغیرات واقع ہوجاتے ہیں۔ ماؤف شرینات کا دبیز بطانہ جلد یا بدیر زجاجی تغیر سے ماؤف ہوجاتا ہے، اور ممکن ہے کہ شحمی انحطاط واقع ہوجائے۔

منتشر بیش تکوینی صلابت نہایت عام طور پر گردوں میں واقع ہوتی ہے اور

اس کے بعد طحال اور دوسرے اعضا میں جن میں دماغ، لبلبہ، جگر، فوق الکلیہ غدد، اور منبتۂ کم بار معدہ اور امعاء مشمول ہیں، لیکن قلب، اور کالبد کے عضلات نہیں شامل ہیں۔ بڑھی ہوئی محیطی مزاحمت قلب پر زیادہ کام کا بار ڈال دیتی ہے اور اس کی بائیں جانب نہایت معتد بہ بیش پرورش حاصل کر لیتی ہے (ہم مرکزی بیش پرورش = concenteric hypertrophy)۔ یہ حالت بلا کسی اہم کلوی تغیر کے موجود ہو سکتی ہے، یا ممکن ہے کہ گردے کسیقدر انداب ظاہر کریں بلکہ ذرا اتی بھی ہو جائیں لیکن یہ کلوی تغیرات محض ذبولی ہوتے ہیں اور ان کا انحصار کلوی بافت کے رقبوں کی دموی رسد کے منقطع ہو جانے پر ہوتا ہے (وقف الدمی ذبول ischæmic = atrophy)۔ یہ اوّلی منتشر بیش تکوینی صلابت ہے۔

لیکن ممکن ہے کہ ایسے ہی عروقی تغیرات ثانوی طور پر ان گردوں میں واقع ہو جائیں جو اولی طور پر منتشر یا مرکزی قسم کے مزمن التہابی تغیرات کا محل وقوع ہیں، اور یہ عروقی تغیرات التہابی مضرت میں اپنا حصہ شامل کر دیں۔ ان اصابتوں میں بھی خون کا دباؤ بڑھ جاتا اور بایاں قلب بیش پروردہ ہو جاتا ہے۔ پس معلوم ہوتا ہے کہ گردوں کے ایک ماسبق التہابی عارضہ کی وجہ سے خون کے اندر کوئی مادہ یا مادے محبوس ہو جاتے ہیں، اور گردوں اور دوسرے مقامات میں چھوٹی شرائین اور شرینات کا تشنجی انقباض پیدا کر دیتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہی عامل یا اور کوئی خراش آور مادہ ان تغیرات کی بھی تحریک کا باعث ہو جو کہ اوپر بیان کئے گئے ہیں۔ بایں ہمہ ممکن ہے کہ اولی اور ثانوی مرض کے باہمی تعلقات نہایت قریبی ہوں، کیونکہ پایا گیا ہے کہ جنگی التہاب گردہ (war nephritis) سے خون کا دباؤ بڑھ جاتا ہے، در آں حالیکہ یہ التہاب گردہ خود بظاہر رفع ہو گیا ہو۔

شریانی صلابت

(arteriosclerosis)

شریانی صلابت کے معنے شرائین کی سختی ہے۔ یہ لفظ اکثر محدود مفہوم میں منتشر بیش تکوینی صلابت کے مرادف کے طور پر استعمال کیا جاتا ہے۔ لیکن سہولت

اس میں ہے کہ ہم کو ایسی اصطلاح حاصل ہو کہ ابھی بیان کئے ہوئے تمام مختلف مزمن شریانی انحطاطات پر بستر مریض کے پاس اس کا استعمال کیا جا سکے، کیونکہ دوران زندگی میں ان میں ٹھیک تفریق کرنا اکثر ناممکن ہوگا، اور ممکن ہے یہ سب ایک ہی مرضی عمل کی قسمیں ہوں۔ اس کتاب میں یہ اصطلاح اسی وسیع مفہوم کو ادا کرنے کے لئے استعمال کی گئی ہے۔

شریانی صلابت کے اسباب۔ ممکن ہے یہ مختلف قسمیں اتنا مختلف مضرت رساں عوامل کی وجہ سے نہ ہوں کہ جتنا ان مختلف زمینوں کی وجہ سے ہوں کہ جن میں جرثومی سموم یا دیگر عوامل جاگزیں ہوتے ہیں۔ مثلاً نوعمروں میں التہابی تغیرات کا نتیجہ وافر اندرونی تکاثر (منتشر بیش تکوینی صلابت) ہوتا ہے، لیکن بوڑھوں یا ضعیفی (cachectic) اشخاص میں ایسا شدید تعامل ناممکن ہوتا ہے، اور ان کے خون کا دباؤ پست رہتا ہے (انحطاط شیخوخی =senile degeneration)(32)۔ البٹ نے بتلایا ہے کہ اولی شریانی تغیرات، جیسے کہ اتھیروما اور انحطاط پیری میں خون کا دباؤ بڑھانے کا رجحان نہیں ہوتا۔ اس کے برعکس منتشر بیش تکوینی صلابت کے ساتھ خون کا بلند دباؤ پایا جاتا ہے۔ چنانچہ اگر سخت شرائین والی تمام اصابتیں شریانی صلابت (arteriosclerosis) کی اصطلاح کے تحت ایک ہی زمرہ میں مجتمع کر دی جائیں تو بعض اصابتوں میں خون کا دباؤ طبعی ہوگا اور بعض میں وہ بڑھا ہوا ہوگا۔ شریانی صلابت، اور بالخصوص اتھیروما ان لوگوں کی شریانوں کا ایک عام انحطاط ہے جن کا پیشہ ان کو سخت عضلی بار کا مورد بناتا ہے، لہذا ممکن ہے فشار خون کی متوقف زیادتی ایک سبب معد ہو۔ مختلف عاملات جو اس کی تسبیب میں حصہ لینے والے سمجھے گئے ہیں یہ ہیں:— بسیار خوری بالخصوص پروٹینی اور شحمی غذاؤں کی۔ چنانچہ دودھ کی زیادتی کو سبب قرار دیا گیا ہے (57)، اور گوشت خوروں کی نسبت نباتات خوروں میں کم فشار خون پایا گیا ہے (58)۔ نقرس، الکحل، سیسہ کا تسمم، ملیریا اور دوسری حاد سرائیتیں، معہ اپنے جراثیمی سموم کے، بالخصوص تپ محرقہ، ناقص درقیت (hypothyroidism) مرض برائٹ (ملاحظہ ہو منتشر بیش تکوینی صلابت = diffuse hyperplastic sclerosis) اور شاید معائی تسمم۔ شریانی صلابت بوڑھے آدمیوں میں ذیابیطس کے ہمراہ موجود ہو سکتی ہے، کیونکہ ان میں پروٹین اور شحم نہایت کثرت سے کھائی جاتی ہیں۔

لیکن دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ یہ ذیابیطس ثانوی ہو، کیونکہ عروق کی صلابت کی وجہ سے لبلبہ کی دموی رسد کا فشل واقع ہو جاتا ہے۔

امراضیات۔ یہ رائے دی گئی ہے کہ شریانی دیواروں کے عضلی اور لچکدار ہر دو عناصر اولی طور پر کمزور ہو جاتے ہیں۔ اس لئے وہ تن جاتے اور متسع ہو جاتے ہیں، اور تکلس اور تشریحی تبدیلیاں دیواروں کو قوی تر کرنے کا کام دیتی ہیں اور خاص طور پر ان نقطوں پر واقع ہوتی ہیں کہ جہاں جوئے خون کے چکر کھانے کے باعث خاص بار پڑتا ہو یعنی خموں اور ان جگہوں پر کہ جہاں شریانیں شاخ کی صورت میں پھوٹتی ہیں تکلس اندمال کے معنی رکھتا ہے اور ان مقامات پر کبھی انشقاق واقع نہیں ہوتا۔ شریانی دیوار میں دوسری جگہ یہ عمل منتشر ہوتا ہے۔ خون کا دباؤ ایک ثانوی امر ہے (59)۔

علامات۔ ابتدائی درجوں میں شریان حبس پذیر ہوتی ہے، اور جب اسے انگلیوں سے دبا کر سارا خون خارج کر دیا جائے تو انگلیوں کے نیچے گھمائی جا سکتی ہے۔ شریان موٹی محسوس ہوتی ہے۔ مابعد درجوں میں ممکن ہے کہ تکلس کی وجہ سے اس کی دیوار سخت محسوس ہو۔ عرضی قطر زیادہ ہو سکتا ہے، اور ممکن ہے کہ شریان کی طوالت بڑھ جانے کی وجہ سے عرق پیچ دار ہو جائے۔ نبضان اکثر کم ہو جاتا ہے اور کبھی کبھی بالکل غائب ہوتا ہے، ممکن ہے کہ علقیت واقع ہو جائے۔ چونکہ موج نبض کی رفتار شریان کی استواری کے ساتھ ساتھ بڑھتی ہے، لہذا "گرم تار" والے نبض نگار (''hot wire'' sphygmograph) کی وساطت سے اول الذکر کی تعیین سے ایک دی ہوئی حالت میں شریانی صلابت کی مقدار ظاہر ہونی چاہیئے۔

شریانی صلابت میں اکلیلی شرائین نہایت عام طور پر اتھیرومائی ہو جاتے ہیں، لہذا عضلۂ قلب کے تغذیہ میں خلل واقع ہو کر اس کا انحطاط واقع ہو جاتا ہے۔ اسی وجہ سے ابتدائی فشل القلب کے علامات موجود ہو سکتے ہیں، یعنے خستگی، سانس کا پھولنا، اور زور لگانے پر درد۔

شریانی صلابت بعض احشاء میں اپنی موجودگی کے باعث مقامی علامات پیدا کر سکتی ہے۔ دماغ میں وہ علقیت یا نزف پیدا کر کے ان کے ممیز و مخصوص علامات پیدا کر سکتی ہے۔ شریانی تشنج ایک ایسی حالت پیدا کر دیتا ہے جو البیومن بولیت کی

موجودگی میں یوریاد مویت (uræmia) سے مشابہ ہوتی ہے اور کاذب یوریادمویت (pseudo-uræmia) کے نام سے موسوم ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 303)۔

تجویز و علاج - حفظ ما تقدم اس پر مشتمل ہے کہ اس حالت کے اسباب کا علاج کیا جائے۔ بسیار خوری سے احتراز لازم ہے۔ اصلاح اس وقت بھی جب کہ مرض قائم شدہ ہو واقع ہو سکتی ہے۔ کچھ زمانہ کے لئے بستر پر آرام کرنے کی ہدایت کر دینی چاہیئے کیونکہ افقی وضع، دوران خون پر سے بار کو دور کر دیتی ہے۔ عموماً آیوڈائڈز (iodides) دیئے جاتے ہیں، اور جیسا کہ اکثر ہوتا ہے، اگر ناقص درقیت کا کوئی عنصر موجود ہو تو ممکن ہے کہ یہ مفید ہوں۔ خلاصۂ درقیہ (thyroid extract) بھی آزمایا جائے (شریانی صلابتی گردے کا علاج بھی ملاحظہ ہو)۔

بلند فشار شریانی

(high arterial pressure)

(ارتفاع الضغط = hyperpiesia)

نوعمر تندرست بالغوں میں خون کے دباؤ کی طبعی جولانی ۹۵ سے ۱۴۰ ملی میٹر ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 229)۔ اکثر یہ تعلیم دی گئی ہے کہ خون کا دباؤ مریض کی عمر کے ساتھ بڑھتا جاتا ہے۔ فی الحقیقت عمر اور خون کے دباؤ کے متعلق ضابطے بنائے گئے ہیں۔ یہ رائے شہادت کو غیر صحیح طور پر جانچنے سے پیدا ہو گئی ہے۔ ایسے بہت سے بوڑھے شخص موجود ہیں جن کی شریانیں کامل طور پر طبعی ہیں اور جن میں خون کا دباؤ طبعی ہے۔ اس کے برعکس شریانی مرض، جو بذات خود اکثر خون کے دباؤ کی زیادتی، یعنی ارتفاع الضغط پیدا کر دیتا ہے، عمر بڑھنے کے ساتھ ساتھ زیادہ کثرت کے ساتھ پایا جاتا ہے، اور اس واقعہ کی لہ معمر اشخاص کی ایک جماعت کا اوسط فشار خون بڑھا ہوا پایا جاتا ہے توجیہ کرتا ہے۔ ارتفاع الضغط میں ۱۵۰ تا ۳۰۰ ملی میٹر اور زائد تک کی قیمتیں مندرج ہوئی ہیں۔ یہ زیادتی عموماً ادھیڑ عمر میں، یعنے تیس سال سے اوپر شروع ہو کر اس وقت تک کامل طور پر نمویاب ہو جاتی ہے جب کہ بڑھاپا نمودار ہوتا ہے۔ چنانچہ یہ عموماً زندگی کے اسی مرحلے میں پائی جاتی ہے۔ لیکن یہ شیر خواروں بلکہ نوزائیدہ بچہ میں بھی دیکھی گئی ہے۔ یہ عورتوں کے

302

نسبت مردوں کو زیادہ متاثر کرتی ہے یمکن ہے شریانی صلابت کے عنوان کے تحت بتائے ہوئے تسبیبی عوامل اس کے ذمہ وار ہوں۔

امراضیات۔ شریانی فشار طبعی حدود کے اندر ایک سے زائد عاملات سے متاثر ہوتا ہے۔ مثلاً قلب کے زائداز معمول فعل سے بڑھی ہوئی محیطی مزاحمت سے اور خون کی لزوجت (69) یا حجم کی زیادتی سے دباؤ بڑھ جائے گا، اگرچہ حجم کی زیادتی غالباً ہمیشہ ایک عارضی حالت ہوتی ہے۔ تاہم ارتفاع الضغط کا خاص سبب محیطی مزاحمت کی زیادتی ہے، جو شاید ابتداءً بعض شرینات کے تشنجی انقباض کے باعث پیدا ہوجاتی ہے۔ لیکن بعد میں اپنی مکمل طور پر قایم شدہ شکل میں یہ شرینات کی دیواروں میں ایک التہابی نوعیت کے ورم کی وجہ سے ہوتی ہے، جو ابھی منتشر بلیش تکوینی صلابت (diffuse hyperplastic sclerosis) کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو)۔ بعض اصابتوں میں خون کے سرخ خلیات اور ہیموگلوبین بہت زیادہ ہوجاتے ہیں (کثرت خلیات دمویہ = polycythæmia) اور ممکن ہے کہ ان اصابتوں میں خون کے دباؤ کی زیادتی جزءً خون کی بڑھی ہوئی لزوجت کا ثانوی اثر ہو۔

ایک طبعی شخص پر جس کا انقباضی دموی فشار فی الحقیقت ۱۰۰ ملی میٹر سے نیچے تھا، تحقیقات عمل میں لانے سے دن کے وقت ۱۰ ملی میٹر کی زیادتی اور دوران شب میں ایک تناظری کمی پائی گئی۔ یہ زیادتی بالخصوص چائے، کافی اور تمباکو نوشی کی وجہ سے تھی۔ ورزش، دماغی کام، افکار اور جوش و تحریک سے دباؤ بڑھ جاتا اور الکحل سے کم ہوجاتا تھا۔ جبل عالی (Alps) پر تعطیل منانے پر ایک نمایاں زیادتی مشاہدے میں آئی (34)۔ اس سے پتہ چلتا ہے کہ ہوا کی تلطیف کی وجہ سے آکسیجن کی کمی وعاحرکی مرکز کو تہییج کر دیتی ہے۔ تجربۃً، کتوں میں بعض کو لائڈی تجہیزات کا اشراب دماغ کے بطینی نظام کے اندر کرنے سے ارتفاع الضغط پیدا کیا گیا ہے۔ اجسام پاشینیہ (Pacchionian bodies) جن کی وساطت سے دماغی نخاعی سیال کی تقطیر واقع ہوکر وہ وریدی جوف کے اندر پہنچ جاتا ہے، ان تجہیزات سے مسدود ہوجاتے ہیں۔ لہذا دماغی نخاعی سیال کے دباؤ کی ایک مستقل زیادتی ہوکر خون کے دباؤ کی زیادتی ثانوی طور پر پیدا ہوجاتی ہے (17)۔ ایک نوجوان مریض کے پیشاب میں ایک ضاغط مادہ

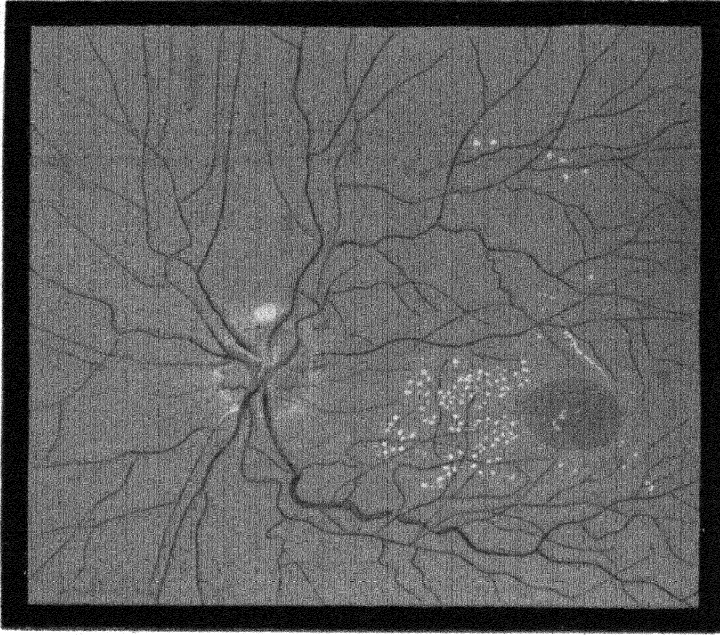
(pressor substance) پایا گیا ہے (68)- ایک رائے یہ دی گئی ہے کہ جگر میں ایک سم کو تباہ نہ کرنے کا نقص پیدا ہو جاتا ہے' کیونکہ اس وقت جبکہ دموی یوریا (blood-urea) اور غیر پروٹینی نائٹروجن طبعی ہوں اور یہ کلوی فعل کا غیر مختل ہونا ثابت کرتے ہوں' خون میں امینو ترشوں (amino-acids) یورک ترشہ (uric acid) اور کولسٹرال (cholstrol) کا مافیہا بڑھا ہوا ہوتا ہے' پیشاب میں امونیا نائٹروجن (ammonia nitrogen) کی مقدار یوریا نائٹروجن کے مقابلہ میں اس سے زیادہ ہوتی ہے کہ جتنی حالت طبعی میں تناسب اسے کم: ۳.۰ ہے اور بولی انڈیکان (indican) کی زیادتی پائی جاتی ہے (71)-

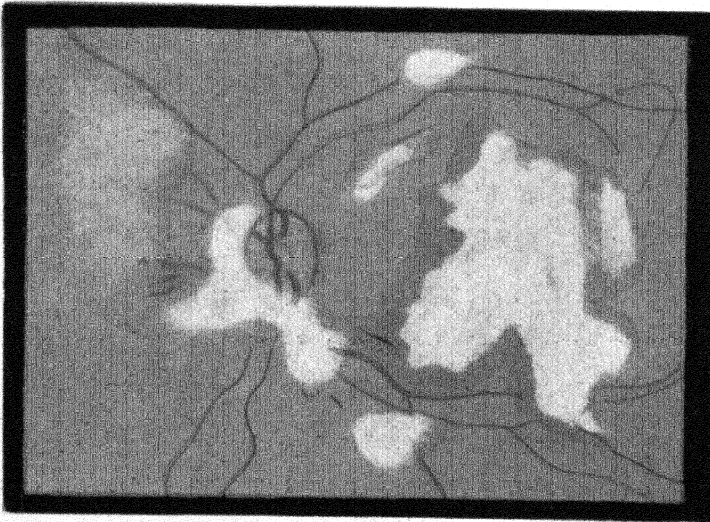
علامات۔ اس مرض کے ابتدائی درجوں میں' کم از کم بعض اصابتوں میں' ارتفاعِ ضغط مستمر نہیں ہوتا بلکہ کبھی کبھی ہوا کرتا ہے۔ ازاں بعد یہ حالت مستقلاً قایم ہو جاتی ہے۔ مریض کو سر کے درددوں' بیخوابی' طنین الاذن اور دورانِ سر کی شکایت ہو سکتی ہے۔ گردن کی پشت میں قذال (occiput) کے قریب درد کا ہونا نہایت ممیز علامت ہے۔ بلند تناؤ کے خصوصیات حسب ذیل ہیں:- (۱) استعمال کردہ آلات پر کے اندراجات (ملاحظہ ہو شکل ۱۳ اب' صفحہ 226)- (۲) انگلی کو ایک سخت اور خوب پُر شریان کا احساس اس کے ساتھ زیادہ دیر تک قائم رہنے والا انکماش ہوتا ہے' انبساط کے دوران میں شریان کبھی کامل طور پر خالی نہیں ہوتی' وہ انگلی کے نیچے کھسائی جا سکتی ہے' لیکن جب اسے انگلی سے دبا کر خالی کر دیا جائے تو دورانِ انبساط میں یہ ضرور نہیں کہ وہ حس پذیر ہو۔ (۳) کلانی قلب اور زور دار ضربۃ الراس کا ثبوت (۴) مُرتمہ اصواتِ قلب' یعنی راس پر پہلی آواز کی اطالت اور غطائی اور اُوَرطی رتبہ میں دوسری آواز کی تفخیم یا جھنکار دار نوعیت۔

(۵) چشم بین کے ذریعہ امتحان اکثر شریانی تغیرات کی تخمین کا ایک قیمتی ذریعہ ہوتا ہے' کیونکہ شبکیتی شرائین کے منظر سے یہ دریافت کرنا ممکن ہے کہ دماغی شرائین کی کیا حالت ہے۔ ابتدائی درجے میں چشم بینی تغیرات شرائین تک محدود ہوتے ہیں۔ وریدوں کے ساتھ مقابلہ کیا جائے تو عام طور پر شریانوں کا درونہ جسامت میں کم ہو جاتا ہے۔ شبکیتی شرائین کی دیواریں طبعی حالت میں نور کا کسی حد تک انعکاس کر دیتی ہیں' جو کہ شریان کے وسط کے طول میں ایک چمکدار دھاری کی طرح دکھلائی دیتا ہے۔

شریانی صلابت میں دیواروں کی دبازت کے باعث یہ انعکاس زیادہ ہو جاتا ہے، اور نسبتۂ چھوٹی شریانیں تانبے کے تار کی طرح صیقل شدہ نظر آتی ہیں، اور ازاں بعد جوں جوں دیوار کی عتمیت بڑھتی جاتی ہے وہ چاندی کے تار کی طرح چمکدار دکھلائی دیتی ہیں۔ یہ چمک دار دھاری اکثر بے قاعدہ ہوتی ہے اور ایک نقطہ دار منظر پیش کرتی ہے۔ شرائین پیچدار ہوتی ہیں، لیکن چونکہ طبعی شریان اس خصوص میں نہایت مختلف الکیفیت ہوتی ہے لہذا یہ خاصہ کوئی تشخیصی اہمیت نہیں رکھتا۔ ان کا درونہ بے قاعدہ ہوتا ہے۔ وہ اکثر جسامت میں بہت گھٹی ہوئی ہوتی ہیں، اور بعض اوقات لیفی دھاگوں جیسی نظر آتی ہیں۔ بعض اوقات وہ طبعی عرض کی ہوتی ہیں لیکن کہیں کہیں ان پر سپید چکیتی نما جماؤوں کا غلاف چڑھا ہوتا ہے، اور وہ ایک پائپ (pipe) کی نلی کے ٹکڑوں کی طرح نظر آتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ کچھ عرصہ کے بعد غائب ہو جائیں۔

شریانی وریدی تقاطعات کے مقامات پر مخصوص و ممیز مناظر نظر آتے ہیں۔ اگر ورید شریان پر سے ترچھے رُخ میں عبور کرتی ہے تو ورید کا خط اپنی جگہ سے ہٹ جاتا ہے اور وہ تھوڑے فاصلے تک شریان کے ساتھ ساتھ چلا جاتا ہے۔ جب شریان ورید کے سامنے سے عبور کرتی ہے تو ورید بمقام تقاطع پر غائب معلوم ہوتی ہے، کیونکہ وہ شریان کی دبیز دیواروں کے پیچھے چھپ جاتی ہے۔ وریدوں پر دباؤ پڑتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ تقاطع کے بعدی جانب پر ورید پھولی ہوئی ہوتی ہے، لیکن یہ منظر، جسے "تکویم" ("banking") کہتے ہیں ہرگز عام نہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۴)۔

شبکیتی مناظر (یعنی شریان صلابتی التہاب شبکیہ arterio-sclerotic retinitis=) ویسے ہوتے ہیں جیسے کہ مزمن مرض برائٹ میں ملتے ہیں۔ عصب رلیتئی تہ میں دقیق نزفات کی وجہ سے چھوٹے شعلہ شکل رقبے نظر آ سکتے ہیں۔ جب نزفات، شبکیہ کی عمیق تر تہوں میں موجود ہوتے ہیں تو وہ سرسری طور پر مدور ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ایک بعد کے درجہ میں خوب واضح کوروں والے چھوٹے چمک دار دھبے ادھر ادھر زیادہ اکثر لطخی خطہ (macular region) میں موجود ہوں، جن کے گرد وہ ایک ناہموار ستارہ نما شکل بنا دیں، یا ممکن ہے وہ ایک پنکھے نما شکل میں لطخہ اور بصری قرص (optic disc) کے درمیان واقع ہوں۔ ممکن ہے کہ وہ شبکیتی ورید

صلابت شریانی التہاب شبکیہ ایک ایسی عورت میں جس کا انکماشی فشار خون ۳۰۰ ملی میٹر پارہ سے
مواظب طور پر زیادہ تھا، اور جو اس تصویر لینے کے تقریباً چار سال بعد "سکتہ" سے مرگئی۔

(آر۔ فاسٹر مور)

یہ تصویر کلوی التہاب شبکیہ میں "روئی کے جیسے" قطعات ظاہر کرتی ہے جو مزمن التہاب کلیہ میں
دیکھے جاتے ہیں۔ (ڈبلیو۔ ٹی۔ ہامیز سپائسر)

کے اصلیات کے گرد مجتمع ہوں، لیکن زیادہ اکثر وہ بے قاعدہ طور پر ادھر اُدھر منتشر ہوتے ہیں۔ اکثر اُن کی ایک بڑی تعداد اس قدر قریب قریب مجتمع ہوتی ہے کہ ایک پچی کاری کے ٹکڑے سے مشابہت پیدا ہو جاتی ہے۔ نسیجیاتی لحاظ سے یہ چکتیاں، شبکیہ کی تین نواتی تہ میں زجاجی ارتشاح کے گول یا بیضوی تودوں پر مشتمل ہوتی ہیں۔ شاید ان کے متعلق یہ سمجھنا ممکن ہو کہ ان کی اصلی نوعیت، ان سپید مقعات کی نوعیت سے مماثل ہے جو شبکیتی شرائین کی چھوٹی شاخوں کی مسدودی سے پیدا ہو جاتے ہیں۔

غالباً اصابتوں کی اکثریت میں یہ شبکیتی تغیرات مریض کی موت تک قائم رہتے ہیں۔ لیکن ممکن ہے کہ انصباب شدہ خون جذب ہو کر اصلاح واقع ہو جائے، بلکہ انحطاطی دھبے تک غائب ہو جائیں۔ ابتدائی درجوں میں بصارت کا ضیاع واقع نہیں ہوتا۔ بصارت کی تدریجی خرابی، ناقص دموی رسد کی وجہ سے پیدا ہونے والے شبکیہ کے عصبی عناصر کے انحطاط کے باعث ہو سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ میدانِ بصارت محدود ہو جائے۔ عصب بصری کا ذبول (optic atrophy) دیکھا جا سکتا ہے اور ممکن ہے کہ اُس کے وقوع سے پہلے قرص (disc) کا کچھ تھوڑا ورم ہو۔ بصارت کا ناگہانی عارضی ضیاع (عارضی ظلمت = amaurosis fugax) دبازت یافتہ شبکیتی شرائین کے تشنج کی طرف منسوب کیا گیا ہے (جو کہ بعد میں بیان کیا گیا ہے)۔ ناگہانی مستقل کلی حس میں درد بالکل موجود نہ ہو مرکزی شبکیتی شریان کی عائقیت کا نتیجہ ہو سکتی ہے۔ شبکیہ شاحب نظر آتا ہے۔ اِس کے خلاف نقطۂ شاہ دانہ جیسے سرخ دھبہ کی طرح نظر آتا ہے۔ عروق کے اندر خون کا عمود ٹوٹ کر سرخ خلیوں کے چھوٹے چھوٹے کندے بن جاتا ہے، جن کے درمیان پلازما کی صاف فضائیں حائل ہوتی ہیں (مویشی گاڑی کا منظر = cattle-truck appearance)۔

دوسری حالتیں جو ان اصابتوں میں پائی جاتی ہیں اتنا بلند تناؤ کا ثبوت نہیں، جتنا کہ وہ دورانِ خون کی اُن دقتوں کے نتائج ہیں جو بالآخر خراب ترین اصابتوں میں پیدا ہو جاتی ہیں۔ وہ حالتیں حسب ذیل ہیں:- خفیف البیومن بولیت، جو ثانوی کلوی ماؤفیت کے باعث ہوتی ہے (ملاحظہ ہو شریانی سلابتی گردہ، صفحہ 532)، اگرچہ بیشتر اصابتوں میں دموی دباؤ یا تو بڑھا ہوا ہوتا ہی نہیں یا محض خفیف سا بڑھا ہوا ہوتا ہے،

اور گردے کے فعل میں عموماً خفیف سی خرابی ہوتی ہے یا کوئی خرابی ہوتی ہی نہیں جسم کے مختلف حصوں میں نزفات، مثلاً رُعاف (epistaxis) نفث الدم (hæmoptysis)، شبکیہ اور زجاجیہ میں کے نزفات، اور شاید چھوٹے چھوٹے دماغی نزفات، بواسیر سے خون کا بہنا، ذبحۂ صدریہ (angina pectoris) خارش، پنڈلیوں میں اینٹھن ہونا۔

بیش تنشی دماغی حملہ یا داء الدماغ (encephalopathy) جو کہ کاذب یوریمیا (pseudo-uræmia) بھی کہلاتا ہے، بہت ہی ممیز ہے۔ حملے سے پہلے فشار خون سرعت سے بڑھ جاتا ہے، جو کہ چھوٹی دماغی شریانوں کے تشنج یا بعض اوقات دماغی تہیج کا نتیجہ ہوسکتا ہے۔ علامات یہ ہیں:۔ عضلات کے عارضی استرخاآت، تشنجات، حبسہ کوری، توہمات، ہذیان، ذہول، اور قوما۔ اس سلسلۂ علامات کو مزمن دماغی لینیت (chronic cerebral softening) کے عنوان کے تحت زیادہ تفصیل کے ساتھ بیان کیا گیا ہے۔

اوّلی ارتفاع الضغط کی بہت سی اصابتوں میں سطحی عروق دمویہ کا امتلاء شدید درجہ کا ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ ایسے اشخاص بڑھتی ہوئی عمر کے ساتھ تنومند و باصحت نظر آئیں، کیونکہ اُن کے چہرے کا رنگ سرخ ہوتا ہے، اور وہ محض اُس سرخ رنگت کی مثالیں معلوم ہوں جو بہت سے تندرست بوڑھوں میں نظر آتا ہے۔ ڈیولیفائی سردی کی بڑھی ہوئی حس پذیری (برد حساسیت =cryæsthesia) کا تذکرہ کرتا ہے جس کی ان مریضوں کو شکایت ہوتی ہے۔ ممکن ہے مردہ انگلیاں ہوں یا برودت بالخصوص جوارح زیریں میں محسوس ہوتی ہے، اور مریض کو موٹا لباس پہننے پر مجبور کردیتی ہے، حتیٰ کہ گرم موسموں میں بھی۔ راقم الحروف کے ایک مریض میں ارتفاع الضغط سے دونوں جوارح زیریں میں گنگرین تک کی نوبت پہنچ گئی۔ ان اصابتوں کا خاتمہ آخر کار اکلیلی علقیت (coronary thrombosis) یا دماغی نزف سے ہوجاتا ہے، یا فشل پذیر قلب سے کہ جس کے ہمراہ استسقا اور تہیج الریہ پائے جاتے ہیں، یا کبھی کبھی یوریا دمویت (uræmia) سے (نام نہاد خبیث بیش تنشی کی اصابتیں)۔ اکلیلی علقیت اور دماغی نزف میں موت ناگہانی ہوسکتی ہے۔

علاج۔ اگر خون کے دباؤ کی زیادتی کا سبب شناخت ہوسکے تو اُسے رفع یا کم

کرنے کی کوششیں کرنی چاہئیں۔ جہاں یہ یقین کرنے کے لئے معقول وجہ موجود ہو کہ طرز زندگی بھی
اس حالت کے پیدا کرنے میں حصہ لے رہا ہے تو گوشت اور زیادہ نائٹروجن شامل رکھنے والی
غذاؤں اور پیورین اجسام شامل رکھنے والی غذاؤں سے محترز رہ کر نیز الکحل چائے، تمباکو
اور شدید دماغی اور جسمانی محنت سے پرہیز کر کے مدد حاصل کی جاسکتی ہے۔ کیلومیل (۲ یا ۳
گرین) یا بلیوپل (۳ تا ۵ گرین) کبھی کبھی بطور مسہل دے کر اس کے بعد ایک صبحگاہی
نمکین دینا مناسب ہے۔ جب مریض کو بستر میں کامل آرام لینے کے لئے مجبور کر دیا جاتا ہے
تو اکثر خون کا دباؤ بہ سرعت کم ہو جاتا ہے۔ عروقی موسعات، جیسے کہ نائٹروگلیسرین، امائل
نائٹرائٹ (amyl nitrite) یا سوڈیم نائٹرائٹ (sodium nitrite)، ذبحہ کے وقوع
کی صورت میں مفید ہو سکتے ہیں۔ پوٹاسیم آیوڈائڈ عام طور پر دیا جاتا ہے اور بعض اوقات
دَلک، عضلی ورزشیں، بلند تو اتری رَومیں، اور علاج بالماء نفع بخش ہوں گے۔ چونکہ خون
کے دباؤ کی زیادتی غالباً شریانات کے کسی ضرر یا مزمن سمی التہاب گردہ کی تعویض میں ہوتی
ہے، لہٰذا اسے گھٹانے کی کوئی کوشش نہیں کرنی چاہئے۔ ڈیجیٹالس ابتدائی درجوں
کے لئے موزوں نہیں، مگر اس وقت ممد ہو سکتا ہے جب کہ قلب ایک ترقی یافتہ درجۂ اتساع
میں پہنچ گیا ہو اور تہیج موجود ہو۔ ایسی اصابتوں میں آکسیجنی خیمہ مفید ہوتا ہے۔ ارتفاع الضغط
کی ان اصابتوں میں کہ جن میں بلند ہیموگلوبن موجود ہو، اور بالخصوص اس وقت جب کہ
دَرد سر جیسے علامات موجود ہوں، فصد کے مسئلہ پر غور کرنا چاہئے۔ ممکن ہے کہ ایک پائنٹ
خون خارج کر دینے سے تسکین ہو جائے، اور پھر تھوڑے تھوڑے وقفوں سے اسے مکرر
عمل میں لاسکتے ہیں۔ فشل قلب ہونے کی حالت میں بھی فصد لے سکتے ہیں (نیز ملاحظہ
ہو شریان صلابتی گردہ)۔

عرجان متوقف

(intermittent claudication)

وقفہ دار لنگڑانے یا متوقف عرجان کی اِس حالت میں مریض کچھ فاصلہ تک
چلنے کے بعد محسوس کرتا ہے کہ اس کی ایک یا دوسری ٹانگ میں کمزوری ہے اور اسی کے
ساتھ جکڑ، بھاری پن، سُن پنا، چبھن کے احساسات، درد اور اینٹھن بھی ہوتی ہے،

جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ لاوگا لنگڑا کر چلتا ہے۔ جوں جوں وہ آگے بڑھتا ہے درد کے یہ احساسات زیادہ ہوتے جاتے ہیں اور بالآخر وہ مجبور ہو کر ٹھہر جاتا ہے۔ ماؤف پاؤں یا ٹانگ میں دوران خون کے اختلال کے امارات ظاہر ہوتے ہیں۔ وہ سرخ ہو جاتی ہے، اکثر ایک زراقی جھلک کے ساتھ، اور دھبے دار اور متورم ہوتی ہے۔ اور ممکن ہے کہ پاؤں کی انگلیاں سپید اور "مردہ" ہوں۔ کچھ دیر آرام کے بعد یہ علامات بتدریج رفع ہو جاتے ہیں۔

ان علامات کی وجہ یہ ہے کہ ماؤف شرائین خون کی اس بڑھی ہوئی مقدار کو لے جانے کے ناقابل ہوتی ہیں جس کی جارحہ کو عضلی ورزش کے دوران میں ضرورت ہوتی ہے۔ تقریباً تمام اصابتوں میں ماؤف جارحہ کی ظہری قدمی شریان (dorsalis pedis artery) میں یا پنڈلی کی قصبیتی موخر (posterior tibial) شریان میں نبض غیر موجود ہوتی ہے (39)۔ خون کا دباؤ بعض اوقات زیادہ ہوتا ہے۔ بعض اصابتوں میں خفیف عضلی لاغری اور محیطی اعصاب کا انحطاط (التہاب اعصاب محیطی peripheral neuritis=) مشاہدے میں آیا ہے۔ بہت سی مثالوں میں اس شکایت کا نتیجہ جارحہ کی خشک گنگرین کی صورت میں ظاہر ہوا ہے، اور چند اصابتوں میں یہ شکایت جوارح بالا کے مرض رینا ڈ کے ساتھ متلازم پائی گئی ہے۔ بعض اوقات دماغی عروق ماؤف ہو جاتے ہیں اور اسی کے ساتھ سریع الزوال فالج نصفی اور دوسرے فالج، کوری، دردِ سر اور ذہنی علامات بھی ظاہر ہوتے ہیں۔

بحث اسباب۔ مریضوں کی غالب تعداد میں شریانوں یا وریدوں کی صلابت، انطماسی شریانی التہاب یا اتھیروما، یا انطماسی علقی التہاب عروق (thrombo angiitis obliterans) کا (جو ملاحظہ ہو) ثبوت ملتا ہے۔ جن اصابتوں میں شریانی صلابت یا انطماسی شریانی التہاب کا کوئی ثبوت نہیں ملتا، ان میں یہ فرض کر لیا جاتا ہے کہ یہ حالت شریانی تشنج کے باعث ہے۔ یہ ایک بالغ زندگی کا مرض ہے۔ اور نقرس، ذیابیطس، اور آتشک اور تمباکو نوشی یا شراب خواری اکثر اس کے پیشرو ہوتے ہیں۔ یہ عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ عام ہوتا ہے۔

امراضیات۔ یہ ثابت کیا جا چکا ہے کہ جب ایک مضبوط پٹی کے ذریعہ ایک

جارحہ کا دوران خون بند کر دیا جائے، اور اس جارحہ کے چند عضلات کو ورزش کرائی جائے تو ان عضلات میں درد پیدا ہوتا ہے۔ یہ درد ایک مادہ، یعنی پ۔عامل کا نتیجہ ہوتا ہے جو کہ فعال عضلہ سے آزاد ہو کر گردو پیش کی بافتی فضاؤں میں خارج ہو جاتا ہے، اور جو آگے چل کر رسد کو زیادہ کرنے پر غائب ہو جاتا ہے۔

انذار۔ گنگرین کے آغاز اور صلابت شریانی کے دیگر نتائج سے قطع نظر یہ مرض خطرناک نہیں ہے۔ علامات کی تسکین، شریان کی اس قابلیت پر ہے کہ آیا وہ متسع ہو سکتی ہے یا نہیں۔ اس کا امتحان کرنا ہو تو جسم کے کسی دوسرے حصے کو گرم کرنا چاہیئے، مثلاً دھڑ پر گرم ہوائی غسل کا استعمال کر کے یا دونوں بازوؤں کو سارے کا سارا ایک گرم مغسل میں ڈبو کر جب کہ طبعی تعامل یہ ہوتا ہے کہ ٹانگوں کی جلد کی تپش بڑھ جاتی ہے (72)۔ تاوقتیکہ یہ تعامل حاصل نہ ہو کوئی عملیتی مداخلت انجام نہ دینی چاہیئے۔

علاج۔ مریض کو اپنی ورزش محدود کر دینی چاہیئے اور دوران خون کو اس نقطہ تک تیز نہ کرنا چاہیئے کہ جس پر عروق کے اندر کا تسدد اپنا عمل شروع کر دے۔ بستر میں اکثر آرام لیتے رہنا قرین مصلحت ہو سکتا ہے۔ آتشکی اصابتوں میں آیوڈائڈ آف پوٹاسیئم، سلف آرسینال (sulfarsenol) وغیرہ آزمائے جا سکتے ہیں، اور وہ مقامی دوائیں جو مرض رینا ڈ میں مستعمل ہیں، نیز مستمر رَو، برقی غسل، گرم غسل، بلند تواتری رویں، اور لطیف ڈلک اس میں استعمال کی جا سکتی ہیں۔ برقی حرارت رسانی جو دھڑ پر لگائی جائے مفید ثابت ہوتی ہے۔ افقی وضع میں کاربن ڈائی آکسائیڈ (۵ تا ۷ فی صدی) معہ ہوا کے استعمال کرانا اور اس طرح ہفتہ میں کئی مرتبہ پندرہ منٹ تک عمیق تنفس کرانا مفید ثابت ہوا ہے۔

اگر گنگرین واقع ہو جائے تو درد کا ازالہ مارفیا سے کیا جا سکتا ہے، اور مناسب موقع پر ماؤف حصہ کو منقطع کر دینا چاہیئے۔ شرائین کی حالت، یعنے موجودہ تکلس کی مقدار شعاع نگاری کے ذریعہ متعین کی جا سکتی ہے، اور اس سے یہ فیصلہ کرنے میں مدد ملے گی کہ آیا بتر بہت اوپر یا زیادہ نیچے کرنا چاہیئے۔ گنگرین اور مخطور گنگرین کا علاج اس طرح بھی کیا گیا ہے کہ شریان کے گرد کے اعصاب مشارکی کا استیصال کر دیا گیا ہے تاکہ شریانی تشنج موقوف ہو جائے، نیز شریان کے گرد الکحل کا اشراب کیا گیا ہے (40)۔ انظماسی علقی عرقی التہاب میں قطنی مشارک برآری (lumbar sympathectomy)

کرنے سے سولہ مریضوں میں سے نو مریضوں میں عمدہ نتائج حاصل ہوئے ہیں (65)۔

حمرتی وجع الجوارح

(erythromelalgia)

اس حالت میں جسے سب سے پہلے ویئر میچیل (Weir Mitchell) نے بیان کیا، پاؤں اور ٹانگوں میں شدید درد کے حملے ہوتے ہیں، اور اُن کے ساتھ ہی یا اُن کے بعد عروق دمویہ کا اتساع واقع ہوتا ہے، جس سے ماؤف حصہ تیز سرخ یا گہرے ارغوانی رنگ کا ہو جاتا ہے، اُس کی سطح چمکدار اور وریدیں اُبھری ہوئی ہو جاتی ہیں، اور شاید پسینہ بھی نکلتا ہے۔ بعض اوقات جوارح بالا اور دھڑ بھی متاثر ہو جاتا ہے۔ درد شدید جلن اور ٹپک کے ساتھ ہوتا ہے۔ حرارت، ورزش اور جوارح کی لٹکی ہوئی وضع پر یہ حملے شروع ہو جاتے اور بڑھ جاتے ہیں؛ برودت سے اور جوارح کو اونچا رکھنے سے درد میں قدرے تسکین ہو جاتی ہے۔ ابتداءً یہ حملے چند ہی گھنٹے تک جاری رہتے ہیں لیکن امتداد زمانہ کے ساتھ یہ زیادہ مواظب اور شاید ساتھ ہی کم شدید ہوتے جاتے ہیں۔ یہ حالت ابتدائی ادھیڑ عمر میں ہوا کرتی ہے اور بچوں میں شاذ طور پر۔

میچیل کے مریضوں میں سے دو میں بالآخر نخاعی علامات نمویاب ہوگئے۔ اور دوسری اصابتیں ایسی دیکھی گئی ہیں جو ہزال نخاع (tabes)، نخاعی جوفیت (syringo-myelia)، اور صلابت منتشر (disseminated sclerosis) کے ساتھ متلازم ہوتی ہیں۔ حمرتی وجع الجوارح کی بعض اصابتیں تسمم ارگٹ (ergotism) اور انطماسی علقی شریانی التہاب کے باعث ہونا معلوم ہوتی ہیں۔ آخر الذکر مرض میں حمرتی وجع الجوارح متوقف عرجان کے ساتھ متلازم پایا گیا ہے، اور خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ وہ ایک تعویضی میکانیہ کے طور پر عمل کرتا ہے، جس سے عروق شعریہ کا اتساع ہو کر حصۂ ماؤف کی دموی رسد زیادہ ہو جاتی ہے۔ بیئر نوشوں کے سم الفاری تسمم میں حمرتی وجع الجوارح مشاہدے میں آیا ہے۔

علاج بیشتر علامات کے لحاظ سے کیا جاتا ہے: برودت، مناسب وضع، اور مارفیا کے استعمال سے۔ فرادیت (faradism) اور ڈنک بھی مفید ثابت ہوئے ہیں۔

306

جوارحی حساسیت (acroparæsthesia)۔ اس میں ہاتھوں اور پاؤں میں ناگوار یا دردناک احساسات، سنسناہٹ یا بے حسی، "یا آلپینوں اور سوئیوں کی سی چبھن" ہوتی ہے[1]۔ ممکن ہے کہ اس کے ساتھ وعائی حرکی اختلال بھی ہو۔ یہ فساد مردوں کے نسبت عورتوں میں زیادہ عام ہوتا ہے۔ یہ ناگوار احساسات اس وقت جب کہ مریض صبح کے وقت بیدار ہوتا ہے، ایک یا دونوں ہاتھوں میں محسوس ہوتے ہیں، اور کچھ عرصہ کے بعد یہ علامات رفع ہو جاتے ہیں۔ بعض اوقات ہاتھ معمول کے نسبت زیادہ شاحب یا زیادہ سرخ، بلکہ متورم بھی ہوتا ہے۔ بعض اصابتوں میں دن کے وقت ہاتھوں کا کسی پیشہ میں زیادہ کام میں لایا جانا، یا سونے میں ہاتھوں کی وضع کا ناقص رہنا، اس حالت کے پیدا کرنے کے لئے ایک کافی سبب معلوم ہوتا ہے۔ لیکن اکثر اوقات اس کا کوئی سبب معلوم نہیں کیا جا سکتا۔ اس کی امراضیات غیر واضح ہے:۔ یہ فساد وعائی حرکی تشنج سے منسوب کیا گیا ہے، لیکن بہت سی اصابتوں میں اس کی کوئی شہادت نہیں ملتی۔ یہ عمومی شلل (general paralysis)، ظہری مزال النخاع (tabes dorsalis) اور مماثل اقسام کے عوارض میں دیکھا گیا ہے۔ لیکن عموماً یہ ان سے اور ہسٹریا سے الگ واقع ہوتا ہے۔ علاج آرام، مقویات، شب کے وقت پوٹاسیئم برومائڈ، اور مستمر برقی رَو پر مشتمل ہے۔

انورسما

(ANEURYSM)

یہ نام (جس کے معنی چوڑا ہو جانے کے ہیں) شریان کے اُس اتساع پر اطلاق پذیر ہے جو اُس کے محیط کی کم و بیش محدود وسعت میں ہو۔ انورسمے اپنی شکل کے لحاظ سے تکلہ نما (fusiform) اور تاچلت دار (sacculated) میں منقسم ہیں۔ تکلہ نما وہ ہے جس میں عرق کے سارے محیط کا کم و بیش یکساں اتساع ہو جاتا ہے۔ اور تاچیک دار وہ ہے جو عرق کی ایک جانب پر ایک گلو بچہ نما اُبھار بنا دے، اور جو ترقی یافتہ اصابتوں میں ایک تنگی یا گردن کے ذریعہ عرق سے جُڑا ہوا ہو۔ بعض اوقات،

---

[1] اشتکاک = "pins & needles"

بالخصوص جوارح یا شکم میں، ایک تاچیک دار انورسما ایک اُبھرے ہوئے مقام پر پھٹ جاتا ہے۔ چنانچہ اس سے خون آہستہ آہستہ گرد وپیش کی ساخت میں رس کر ایک رُو بہ بنا دیتا ہے، جو التہابی بافت کے ایک قسم کے وُویرے سے محدود ہوتا ہے۔ اِسے انورسمائے منتشر (diffused aneurysm) کہا گیا ہے۔ بالآخر، ایک تقطیعی انورسما (dissecting aneurysm) اُس وقت بن جاتا ہے جب کہ شریان کے ایک ایسے حصے پر جو اُتھیرو ما سے ماؤف ہو، خون اندرونی اور درمیانی طبقوں میں گھس جاتا ہے، اور اُن کے اور بیرونی طبقہ کے درمیان داخل ہو جاتا ہے۔

اسباب۔ انورسما ہر ایسے سبب سے پیدا ہو جاتا ہے جو عرق کو ایک نقطہ پر کمزور کردے۔ عام ترین سبب اُتھیرو ما ہوتا ہے، بالخصوص بڑے عروق میں جن میں اندرونی اور درمیانی طبقات کمزور ہو جاتے ہیں اور خون کے دباؤ سے ساری دیوار اُس نقطہ پر ڈھیلی پڑ جاتی ہے۔ نسبتہً چھوٹے عروق، مثلاً دماغ اور پھیپھڑوں کے عروق میں، ممکن ہے کہ عرق شریانی التہاب کے اُن مقامی اسباب سے کمزور پڑ جائے جن کا پہلے تذکرہ کیا گیا ہے (مثلاً سدادیت سے، یا تدرّن کے حملہ سے)۔ بیرونی طبقہ کے جراحی تضررات بھی انورسما پیدا کر دیتے ہیں۔ خراش ایک دوسرا سبب مُعِدّ ہے، اور قدیم زمانہ میں جب کہ آج کل کے نسبت سواری اسپ کا رواج زیادہ عام تھا، یہ شریانِ مابضی کے انورسما (popliteal aneurysm) کی کثرتِ وقوع کا باعث تھا۔ اُن نسبتہً زیادہ عام اسباب میں جو انورسما کے معدّ ہوتے ہیں، آتشک ایک اہم مرتبہ رکھتی ہے، اور غالباً زیادہ بار بھی جو دوران خون کے ذریعہ سے اثر کرتا ہے۔

مرضی تشریح۔ نتائج کے متعلق مندرجۂ ذیل بیان کا اطلاق بالخصوص تاچیک دار قسموں پر ہے۔ ایک نتیجہ خود تاچہ کے اندر کے خون کی تردیب ہے۔ چونکہ ایسا خون راست رو کے باہر ہوتا ہے، لہذا یہ زیادہ آہستگی سے حرکت کرتا ہے، نیز انورسمائی تاچے کی ناہمواری اس کی تردیب میں ممد ہوتی ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ شاحب زردی مائل رنگ کی فائبرینی فراہمیوں کی متوالی تہیں تاچہ میں استر بنا دیتی یا اُسے تقریباً پُر کر دیتی ہیں۔ اور انہی فائبرینی تہوں سے تاچہ کی کامل پُری ہو جانے سے ممکن ہے کہ انورسمے مطموس یا شفایاب ہو جائیں۔ عرق خاص سے رابطہ جس قدر

آزادانہ رہے گا، فائبرین بننے کا امکان اُسی قدر کم ہوگا۔چنانچہ تکلہ نما انورسما میں ایسی کوئی فراہمیاں نہیں واقع ہوتیں۔

انورسما کا ایک دوسرا نتیجہ گردوپیش کے حصوں پر اُس کا دباؤ ہے۔ممکن ہے کہ سماچہ بہت بڑی جسامت حاصل کرلے۔ایک انورسما جس کا نمونہ گائز ہاسپٹل (Guy's Hospital) کے عجائب خانہ میں موجود ہے، اور جو محرابِ اُورطی سے نکلا ہے، اس کا قطر ۹ انچ تھا۔

انورسما کا ایک تیسرا اثر نزف ہے، جو اکثر موت کا سبب ہوجاتا ہے۔کھوکھلے احشاء اور مصلی کہفوں کے اندر انشقاقات کا وقوع اکثر سریع ہلاکت پیدا کردیتا ہے۔ اتصالی بافت یا بین عضلی فضاؤں میں انشقاقات اکثر نسبتہً بہت تدریجی اثر پیدا کرتے ہیں اور ممکن ہے کہ جب وہ جوارح میں ہوں تو کامیاب علاج کا موقع دیں۔

علامات۔ان کی تقسیم اس طرح کی جاسکتی ہے: وہ علامات جو تمام انورسموں کیلئے عام ہوتے ہیں، اور وہ علامات جو انورسما کے مقامِ وقوع پر منحصر ہوتے ہیں۔

307 وہ علامات جو جسم کے ہر حصے کے لئے مشترک ہوتے ہیں یہ ہیں:۔ (۱) سلعہ۔ (۲) نبضان۔ (۳) خرخر۔ (۴) درد۔ (۵) دباؤ کے دوسرے اثرات۔

صدری اُورطی کا انورسما

انورسما، صدری اورطی میں سگمائڈ یعنے سینی مصراعوں سے لے کر ڈائفرام تک کسی بھی حصہ میں واقع ہوسکتا ہے۔لیکن پہلا اور دوسرا حصہ بیشتر اوقات ماؤف ہوتا ہے، اور ان حصوں میں سارے قطریہ کے بے قاعدہ اتساعات سے لے کر حقیقی سماچکی انورسما تک تمام اقسام واقع ہوتے ہیں۔دونوں صنفوں میں اوسط عمر جس میں حملہ ہوتا ہے ۴۰ سال یا اس سے ذرا اوپر ہے۔یہ مردوں میں نسبتہً بہت زیادہ عام طور پر واقع ہوتا ہے (عورتوں کی ۶۸ مثالوں کے مقابلہ میں اُن کی ۵۰۴ مثالیں) (65)۔

علامات۔یہ بخیال سہولت تین زمروں میں بیان کئے جاتے ہیں، جن کا انحصار انورسما کے محلِ وقوع اور سمتِ بالیدگی پر ہوتا ہے۔لیکن یہ نہیں خیال کرلینا چاہیئے کہ ایک خاص علامت پیدا کرنے کے لئے انورسما کو ہمیشہ ایک خاص مقام پر ہی

ہونا چاہیئے ۔ اَورطی صاعد کا انورسما جو اکثر اپنے خطاب "امارات طبیعیہ والا انورسما" ("aneurysm of physical signs") کو حق بجانب ثابت کر دیتا ہے، اپنے نمو میں پسلیوں اور عظم القص کو متاکل کرتا ہوا آگے کی طرف بڑھ جاتا ہے اور خود کو بطور ایک دردناک اور الیم نابض سلعہ کے دوسری یا تیسری دائیں بین ضلعی فضا میں یا نسبتاً شاذ طور پر دوسری یا تیسری بائیں فضا میں ظاہر کرتا ہے ۔ اس پر ایک نرم انکماشی خریر سنائی دیتا ہے ۔ اس خطہ کا ایک سلعہ داہنے طرف بڑھ جاتا ہے اور فوقانی ورید اجوف پر دباؤ ڈال کر بازوؤں کا اَذیما پیدا کر دیتا ہے، یا وہ داہنے سینہ کے بالائی حصہ میں بڑھ جاتا ہے اور دائیں شُشش کے بالائی لختہ کو یا اس کے اندر جانے والے شعبہ کو مضغوط کر دیتا، اور تناظر رقبہ پر آواز تنفس کی کمی اور بعد کے درجہ میں صمیت پیدا کر دیتا ہے ۔ بائیں طرف ایک انورسما شریان ریوی کو دبا سکتا، دائیں قلب کا اتساع پیدا کر سکتا، اور بالآخر شریان ریوی کے اندر وا ہو سکتا ہے ۔ اَورطی انورسمے شاذ موقعوں پر ایک یا دوسری خاص ریوی شاخ کے اندر، دائیں بطین کے اندر، دائیں اُذین کے اندر، بائیں اذین کے اندر اور فوقانی ورید اجوف (دوالی نما انورسما = varicose aneurysm) کے اندر وا ہو گئے ہیں ۔ اس طرح کے ارتباطات کی تقریباً تمام اصابتوں میں، جب مریض کافی طویل عرصہ تک زندگی گزار چکا ہو، تو ایک خریر سنائی دیتا ہے ۔ اور بعض اصابتوں میں اُس کے نادر صفات یہ ہوتے ہیں کہ وہ ایک مسلسل بلا موج دار خریر ہوتا ہے، جو بظاہر پہلی اور دوسری دونوں آوازوں کو ڈھانک دیتا ہے، اور بالخصوص کرخت، نغمی یا گرج دار ہوتا ہے ۔ دوسری اصابتوں میں یہ خریر دوہرا، یا صرف انکماشی ہوتا ہے ۔ اکثر ایک ذیذبہ موجود ہوتا ہے ۔ اَورطی صاعد کے انورسماؤں کا ایک غیر نادر الوقوع انصرام اُن کا تامور کے اندر انشقاق ہے ۔

اَورطی انورسما کا ایک تشخیصی خاصہ جس کو اہمیت دی جاتی ہے، یہ ہے کہ اُس میں اَورطی دوسری آواز کی استثنائی بلندی پائی جاتی ہے، اور ہاتھ کو یا قدیم چوبی مسماع الصدر پر رکھے ہوئے کان کو ایک دھکے کا احساس ہوتا ہے (انبساطی صدمہ یا بازگشت = diastolic shock or rebound) ۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ ایک

انورسما اورطی دہنہ میں متداخل ہوجائے اور اِس طرح اُورطی بازروی (aortic regurgitation) پیدا کردے جس کے ساتھ دوسری آوازغائب ہوجاتی ہے۔

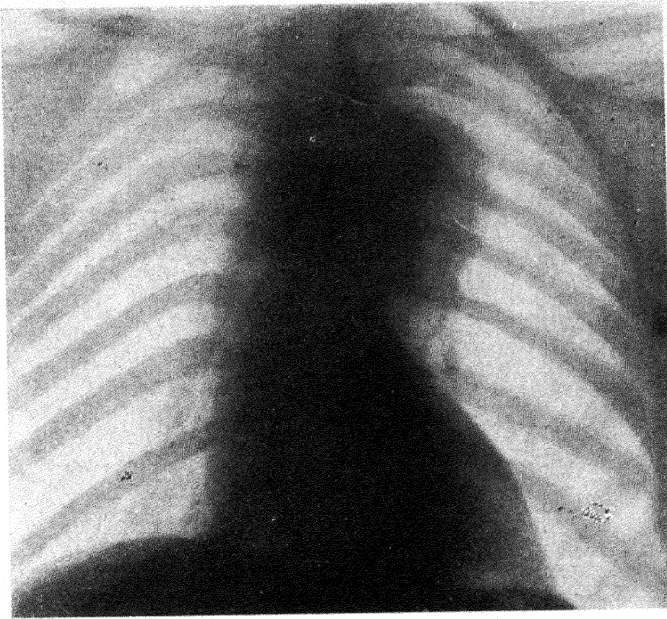
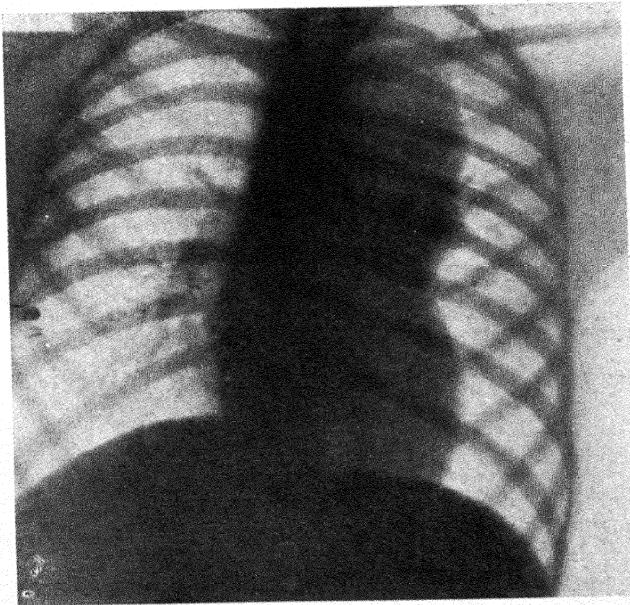
ممکن ہے کہ محرابِ اُورطی کا انورسما جو اکثر اپنے خطاب "علامات والا انورسما" ("aneurysm of symptoms") کو صحیح ثابت کرتا ہے، اوپر کے طرف قاعدہ گردن تک بڑھ جائے، جہاں وہ ایک نابض سلعہ بنادیتا ہے اور سباتی یا لا اسمی شریان کے انورسما سے بمشکل شناخت کیا جاتا ہے۔ دباؤ کے اثرات جب وہ موجود ہوں، بالخصوص قصبۃ الریہ کے تعلق میں پیدا ہوتے ہیں، اور صرصرہ اور بُہر پیدا کردیتے ہیں۔ اور خود سلعہ کی موجودگی عظم القص کے بالائی سرے پر اصمیت سے اور ایک خریرسے ظاہر ہوتی ہے۔ اِس مقام پر ایک بڑا انورسما قصبۃ الریہ پر دباؤ ڈال کر حنجرہ کو نیچے اور بائیں طرف کھینچ سکتا ہے۔ پھر یہ بھی ممکن ہے کہ یہ انورسما نیچے کے طرف بڑھ جائے اور بائیں شعبت پر دباؤ ڈال کر وہ طبیعی امارات پیدا کردے جو بیان کئے جاچکے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 145)۔ شعبت پر دباؤ یا قصبۃ الریہ کے ساتھ انضمام ایک طبیعی امارت پیدا کردیتا ہے، جسے قصبی کشاکش (tracheal tugging) کہتے ہیں اور یہ اُس وقت ظاہر ہوتی ہے جب کہ مریض سیدھی کھڑی وضع میں ہو، اُس کا مُنہ بند ہو اور ٹھڈی انتہائی درجہ تک اوپر اٹھی ہوئی ہو۔ حلقی غضروف کو اُنگلی اور انگوٹھے سے پکڑ کر آہستہ سے اوپر اُٹھایا جاتا ہے، جبکہ حلقی کو پکڑنے والی اُنگلیوں کو انورسما کا نبضان محسوس ہوتا ہے۔ خفیف کشاکش بعض تندرست اشخاص میں بھی معلوم ہوتی ہے، لیکن نمایاں حرکت ہو تو وہ انورسما کی ایک قابل قدر علامت ہے۔ اگر انورسما کا دباؤ بازگرد حنجری عصب پر پڑے (جو بائیں شعبت کے گرد لپٹتی ہے) تو بائیں حبل الصوت کے عضلاتِ مبعّدہ کا شلل (abductor paralysis) پیدا ہوکر ازاں بعد عضلۂ مُقربہ کا "شللی تقبّض" واقع ہوجاتا ہے، اِس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ حبل مزمار کے وسط میں آجاتی ہے، اور ممکن ہے کہ کسیقدر صرصرہ اور ایک دوری رنّتی یا نحاسی کھانسی (clanging or "brassy" cough) پیدا ہوجائے۔

ممکن ہے اورطیِ نازل کے انورسمے مری پر دباؤ ڈالیں اور عسرالبلع یا غذا کی بازروی پیدا کردیں، یا وہ صدری قناۃ پر دباؤ ڈالیں۔ اگر یہ انورسما پیچھے کی طرف بڑھ رہا ہو تو وہ ریڑھ کی عظمی بافت کو کھا لیتا ہے، بین ضلعی اعصاب کو دبا کر شدید درد پیدا

کر دیتا ہے، اور ازاں بعد نخاع کو مبتلا کرکے پافالج (paraplegia) پیدا کر دیتا ہے۔ اگرچہ فقرات متاکل ہوتے ہیں تاہم بین فقری غضروف مسلم رہتے ہیں۔ ایسے حالات میں اکثر پیچھے ریڑھ کی ہڈی پر ایک خر خر سنائی دیتا ہے۔ ممکن ہے انورسما جانباً بڑھ جائے، ایسی صورت میں وہ شش کو دبا کر پچکا دیتا ہے، اور محدود المقام اصمیت پیدا کر دیتا اور تنفسی خر خر کو غائب کر دیتا ہے۔

شکل ۱۴۔ نبض نگاری ترسیمات۔ ا۔ ایک مریض میں جس میں اُدر طی انورسما لا اسمی شریان کو دبا رہا تھا، دائیں نبض کعبری۔ ب۔ اسی مریض میں بائیں نبض کعبری۔ ج۔ زیر ترقوی شریان کے پچکاؤ میں نبض کعبری۔ د۔ اتھیروائی شریان، جو طبعی ترسیم ظاہر کرتی ہے۔ دباؤ چھ اونس۔

کعبری نبضوں کی عدم مساوات۔ اگر انورسما لا اسمی شریان یا بائیں زیر ترقوی شریان کو دبائے یا ان میں سے کسی ایک کے مبدا کے مقام پر ایک رو بہ بنا کر عرق کو مسدود کر دے، تو متناظر نبض نسبتہً کم دباؤ رکھتی ہے اور اس کی نبض نگاری ترسیم کے اندر ایک ڈھلوان ضربِ صاعد پائی جاتی ہے (شکل ۱۴، ا، ب، د)۔

عدم مساواتِ حدقات (حدقی لا تساوی = anisocoria) کو عموماً عصب مثارکی کے ریشوں میں مداخلت ہو جانے کی طرف منسوب کیا گیا ہے۔ کسی بھی جسامت کے انورسما کے ساتھ لاغری، کھانسی، زور لگانے پر یا دوروں کی شکل میں بہر، اور درد کا پیدا ہونا عام متلازمات ہیں۔ موت اکثر عضلۂ قلب کے متلازم تغیرات سے (جو اکلیلی عروق کی صلابت کا ثانوی نتیجہ ہیں) واقع ہو جاتی ہے۔ لیکن بعض اوقات وہ ایسے اعضا جیسے کہ مری، قصبۃ الریہ، یا شعبت پر دباؤ پڑنے اور اُن کے ضروری افعال میں مزاحمت ہونے کی وجہ سے واقع ہو جاتی ہے۔ یا شش پر دباؤ پڑنے اور اس میں التہابی اور عفونی اعمال کی وجہ سے

الف ۔ اورطی کا تاچکی اینورسما۔

ب ۔ مرض ہاجکن، جس میں واسط چوڑا ہوگیا ہے ۔ (شعاع نگاشتیں مسٹر لنڈسے لاک نے لی ہیں)

بالمقابل صفحہ 308

یا بالآخر تاچہ کے انشقاق اور نزف کا وقوع یا تو خارجاً جلد کی راہ سے، یا مری یا تا مور یا پلیورائی تاچہ کے اندر ہو جانے کی وجہ سے۔

تشخیص۔ علامات اور طبیعی آمارات پر غور و فکر کرنے سے ممکن ہے کہ اورطی الورسما کی تشخیص کا کچھ ایما ہو۔ لیکن آخری تشخیص ہمیشہ لاشعاعوں کے ذریعہ سے کرنی چاہیے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۵ الف)۔

ایک الورسما اور دائیں قلب، شریان ریوی یا ورید اجوف کے درمیان ارتباط کی موجودگی کی تشخیص اکثر مشکل ہوتی ہے۔ حتیٰ کہ انشقاق کے وقوع کا وقت بھی ہمیشہ شناخت میں نہیں آسکتا۔ بعض اصابتوں میں بہر زراق اور استسقائے شکلی میں دفعتہً زیادتی ہو جاتی ہے۔ سب سے زیادہ ممیز آمارات وہ مدوجزری خریر ہے، جو انکماش و انبساط دونوں کو حاوی ہوتا ہے، اور اُس خریر سے مشابہ ہوتا ہے جو مفتوح قناۃ شریانی کی مثالوں میں سنا جاتا ہے۔ لیکن یہ نصف سے کم اصابتوں میں موجود ہوتا ہے۔

انذار۔ عضلۂ قلب کی حالت کا لحاظ کرنا ضروری ہے۔ تمام صدری الورسماؤں میں، بشمول عدید الورسماؤں کے، زندگی کی اوسط مدت، ان کے شناخت ہونے کے بعد ڈیڑھ سال اور دو سال کے درمیان ہے۔ لیکن وسطی (median) مدت اس سے بہت کم ہوتی ہے یعنی ۱۲ مہینے۔ بالفاظ دیگر اکثر مریض ۱۲ مہینے کے اندر مر جاتے ہیں، اور اوسط مدت کو وہ مریض بڑھاتے ہیں کہ جن میں زندگی اطالت پذیر ہو جاتی ہے۔ اس بیان کا اطلاق مردوں اور عورتوں پر ہوتا ہے۔ واحد الورسموں کی صورت میں زندہ رہنے کی مدت، عمر کے ساتھ ساتھ بڑھتی جاتی ہے، لیکن جب الورسمے عدید ہوں تو معاملہ اس کے برعکس ہوتا ہے (65)۔

309

علاج۔ سینہ کے الورسما کا علاج عموماً مندرجہ ذیل پر مشتمل ہوتا ہے:۔ (۱) آرام و سکون۔ (۲) تحدید غذا۔ (۳) واقعاتِ درد اور مسکنات کا استعمال۔ (۴) آیوڈائیڈ آف پوٹاسیئم۔ بعضوں کی رائے ہے کہ مریض کو بستر میں لیٹے ہوئے رہ کر کلی طور پر آرام لینا چاہیے اور اسے کسی وجہ سے بھی اُٹھ کر بیٹھنے یا کھڑے ہونے کی اجازت ہرگز نہ دی جائے۔ لیکن اس طریقۂ عمل کی خوبی نہایت مشتبہ ہے، بالخصوص اس لئے کہ بہت سی اصابتوں میں بالآخر عضلۂ قلب کے تغیرات موت کا باعث

ہو جاتے ہیں۔ تاہم نہایت زیادہ ورزش سے محترز رہنا بہت اہم ہے۔ ٹفنیل (Tufnell) نے جو کلی آرام و سکون کا بڑا حامی تھا، ایسی غذا دینے کی سفارش کی جس میں روزانہ ۱۰ اونس جامدات (معہ ۳ اونس گوشت) اور ۸ اونس سیال تین وقت کے کھانوں میں تقسیم کر کے دیئے جاتے تھے۔ لیکن یہ غذا نہایت صبر آزما ہوتی ہے اور چند ہی مریض اسے لینے پر راضی ہوں گے۔ افیون یا مارفیا عموماً تخفیف درد، نیند لانے یا بیچینی رفع کرنے کے لئے دیا جاتا ہے، لیکن دوسرے مسکنات بھی کارآمد ہو سکتے ہیں مثلاً بروما ئڈ آف پوٹاسیم، کلورل ہیڈرالڈی ہائڈ، یا سلفونل۔ بیلاڈونا کے الساقات، یا سردی، یا فصد کے ذریعہ تھوڑا سا خون نکالنے سے بھی درد میں تخفیف ہو سکتی ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ آیوڈائڈ آف پوٹاسیم الورسما میں تردیب خون پر خاص اثر رکھتا ہے، کیونکہ اس کے استعمال سے، باوجودیکہ غذا میں کوئی تحدید نہ کی گئی ہو، نبضان اور درد میں کمی ہو کر مریض کی حالت میں بہت اصلاح واقع ہو جاتی ہے۔ اسے بڑھتی ہوئی معتادوں میں روزانہ ۶۰، ۹۰، یا ۱۰۰ اگرین تک دینا چاہیئے۔ کولٹ (Colt) نے الورسما میں "تار داخل کرنے" کا ایک سادہ طریقہ ایجاد کیا ہے۔ جلد کو عدیم الحس کرنے کے بعد تاچہ میں ایک قنولیچہ اور ایک مبزل داخل کر دیا جاتا ہے۔ اگر خون کا آزادانہ بہاؤ ہو تو ایک ظرف (container) میں تاروں کا ایک ملا ہوا سلسلہ قنولیچہ کی راہ سے داخل کیا جاتا ہے، اور تاچہ میں داخل ہونے کے بعد یہ تار ایک چھتری کی صورت میں کھل جاتے ہیں اور خون کی تجمید واقع کرتے ہیں۔ تھیوڈور ٹامسن (Theodore Thompson) نے نہایت ہی حیرت انگیز کامیابی کی اطلاع دی ہے، لیکن دو تین اصابتوں میں راقم الحروف نے یہ پایا ہے کہ نہایت ہی نمایاں طور پر تمدد پذیر نبضان کے باوجود تاچہ سے بالکل خون نہیں نکلتا۔

شکمی الورسما

امراضیات۔ اس کا معمولی محل وقوع ڈائفرام اور فوقانی ماساریقی شریان کے مبداء کے درمیان ہے، اور وہ اکثر محور شکمی (cœliac axis) کے مبداء کو ماؤف

کرتا ہے۔ دورانِ بالیدگی یہ ممکن ہے کہ وہ متصلہ اعضاء سے مداخلت کرے اور وریدِ اجوف کو دبائے یا فقرات کو متاکل کرے۔ فوقانی ماساریقی کے یا حرقفی شریانات کے انورسما نسبتاً کم عام ہوتے ہیں اور یہاں اُن پر خاص طور پر غور نہیں کیا جائے گا۔

علامات حسب ذیل ہیں :- درد، ایک نابض سلعہ کی موجودگی جس پر خریر ہو، اور بعض اوقات دباؤ کی امارات۔ درد شکم کے اندر ہوتا ہے، اکثر شدید اور نوعیت میں دوری یا وجع العصبی (neuralgic) ہوتا ہے، اور بُن ران یا پشت کے اندر، ہر طرف تشعع کر سکتا ہے۔ سلعہ، قدرتی طور پر، مقامِ ضرر کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔ وہ شراسیفی خطہ میں، خطِ وسطی میں یا قدرے دائیں طرف کو ہوتا ہے۔ وہ گلوبچہ نما یا بیضوی، نابض اور تمدد پذیر ہوتا ہے، اور ڈایافرام کے حرکات سے بالکل متاثر نہیں ہوتا یا شاذ ہی متاثر ہوتا ہے۔ عموماً اس پر ایک انکماشی خریر سُنا جا سکتا ہے۔ سوائے درد کے دوسرے امارات عام نہیں، کیونکہ مختلف اعضا اس کے تقدم پر بآسانی ہٹ جاتے ہیں۔ اوسط عمر کہ جس میں مرض کا آغاز ہوتا ہے، مردوں میں ۳۶ سال ہے، اور انورسما کی مدت ۱۰ مہینے ہے، اور وسطی مدت ۱۲ مہینے۔ موت کا وقوع عموماً پس باریطونی بافت کے اندر، یا باریطون میں، یا کھوکھلے احشاء میں سے کسی ایک حشاء کے اندر تاچہ کے انشقاق سے ہوتا ہے۔

تشخیص۔ عورتوں میں شکم کا جس کرنے پر طبعی اُورطیٰ کا نبضان نہایت عام طور پر محسوس ہوا کرتا ہے، بالخصوص اگر اُن کی دیوارِ شکم کے عضلات کمزور ہوں۔ ناتجربہ کار اسے اکثر غلطی سے شکمی انورسما سمجھ لیتے ہیں۔ شکمی انورسما کو اُورطیٰ کے سامنے واقع ہونے والے سلعات سے بھی ممیز کرنا چاہیئے، بالخصوص سرطانِ معدہ (carcinoma of the stomach) اور نسبتاً کم عام طور پر مراسہ کے سرطان سے، جن میں تندرست اُورطیٰ کا نبضان منتقل ہو جاتا ہے۔ اُورطیٰ پر کے سلعات جانباً نہیں پھیلتے، اور اکثر شکل میں ناہموار یا گرہ دار ہوتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں جب مریض کو اوندھا یا اُس کے ہاتھوں اور گھٹنوں کے بل اس طرح رکھا جاتا ہے کہ سلعہ اُورطیٰ سے دور گر جاتا ہے، تو یہ نبضان موقوف ہو جاتا ہے۔ گہرا سانس لینے پر سرطانِ معدہ اپنی جگہ سے زیادہ ہٹ جاتا ہے اور انورسما اتنا نہیں ہٹتا۔

علاج۔ یہ انہی اصول پر ہونا چاہیئے جو صدری انورسما کے عنوان کے تحت

310

بتائے گئے ہیں۔ لیکن بعض اوقات شکمی انورسما ایک ضاغط (tourniquet) کے ذریعہ قربی یا بعدی انضغاط سے یا دوسرے جراحی ذرائع سے علاج پذیر ہوتا ہے۔ شکم شگافی کے دوران میں کولٹ (Colt) کے تار داخل کئے جاسکتے ہیں۔

اورطی کا پیدائشی تضایق

(congenital coarctation of the aorta)

یہ حالت اس لئے شاذ ہے کہ اس کو شاذ طور پر تشخیص کیا جاتا ہے۔ اس میں قناۃ شریانی کے ساتھ اتصال کے مقام پر، اور بائیں زیر ترقوی شریان کے مبدا سے ذرا آگے، اورطی کی ضیق یا کامل انطماس ہوجاتا ہے۔ اگر ایسا بچہ زندہ رہے تو اس کے دھڑ اور جوارح زیرین کے دوران خون کو اس طرح مدد ملتی ہے کہ ایک طرف تو زیر ترقوی اور ابطی شرائین کی شاخوں کے درمیان، اور دوسری طرف صدری شرائین (thoracic arteries) اور شراسیفی شرائین کے درمیان تفمم ہوجاتا ہے۔ تفمم کرنے والی شرائین خون کی مطلوبہ مقدار لے جانے کے لئے بہت زیادہ بڑی ہوجاتی ہیں، اور بڑی بڑی پیچدار نابض عروق بنا دیتی ہیں، جو بالخصوص عظم الکتف کے ظہری کنارے کے ساتھ ساتھ اور اسکے زاویہ پر نیز دیگر مقامات پر محسوس کی جاسکتی ہیں۔ فشار خون بلند اور قلب بیش پرورده ہوتا ہے اور یہ خون کو اس تنگ فتحہ کی راہ سے دھکیلتے ہیں۔ اتساع نہیں ہوتا۔ لاشعاعی ضلعی کناروں پر متسع شریانی تفممات کے دباؤ سے پڑے ہوئے انخفاضات ظاہر کرتی ہیں۔ ممکن ہے متسع پستانی شریانوں کی وجہ سے عظم القص کے جوانب میں انکماشی خرخرات ہوں۔ ممکن ہے کہ شکمی اورطی اور حرقفی اور فخذی عروق نبضان سے معرا ہوں، یا ان میں صرف خفیف سا نبضان ہوتا ہو، جس کی وجہ یہ ہے کہ تنگ اورطی کی راہ سے ان میں خون پہنچنے تک خون کی رَو کا زور گھٹ جاتا ہے۔ عضدی اور فخذی شریانات میں فشار خون کا مختلف ہونا ایک مفید تشخیصی نکتہ ہے۔ یہ ناممکن نہیں ہے کہ اس حالت میں رہتے ہوئے سخت عضلی محنت کی زندگی بسر کی جائے۔ ناگہانی فشل قلب ہونے کا احتمال ہے۔

تشخیص، تمام نوجوان موضوعوں میں کہ جن میں ہوا ئلب بلند فشار خون ہو، فخذی شریانات کو جس کرنے اور عظام الکتف کے گرد تفممات کو تلاش کرنے پر منحصر ہے (61)۔

مرضِ رینا ڈ

(RAYNAUD'S DISEASE)

یہ عارضہ، جسے پہلے پہل رینا ڈ نے ۱۸۶۲ء میں جوارح کے مقامی اختناق اور تشاکل گنگرین کے نام سے بیان کیا، نسبتاً چھوٹے شرائین، عموماً اصبعی شرائین کے ایک تشنجی مقامی انقباض کے باعث ہوتا ہے، جس کی وجہ سے ماؤف حصوں کے دوران کی تعویق یا ایقاف واقع ہوجاتا ہے۔ اب تک رینا ڈ کے مرض کا سبب وعاحرکی تشنج ہی سمجھا گیا تھا، اور مشارکی زنجیر کے بعض حصوں کے استیصال سے اس مرض میں مختلف درجہ کی تخفیف حاصل ہوئی تھی۔ قیاساً ایسا تشنج، معائی رکود سے ثانوی طور پر پیدا ہوتا ہے، جو تقریباً ہمیشہ موجود ہوتا ہے، اور آئن ہارن کے اثنا عشری انبوبہ (Einhorn's duodenal tube) سے آنتوں کی تغسیل کرنے سے علامات دور کیے جاسکتے ہیں۔ مزید برآں یہ کہ مزمن قبض کی شکایت رکھنے والے اشخاص اکثر ہاتھ پاؤں کے ٹھنڈے پڑ جانے کی شکایت کرتے ہیں۔ لیکن اب تازہ مشاہدات کی بنا پر دعویٰ کیا جاتا ہے کہ شرائین بلاواسطہ ماؤف ہوجاتے ہیں، اور یہ کہ وعاحرکی نظام محض ایک ثانوی حیثیت سے حصہ لیتا ہے (16)، اگرچہ اس کے متعلق پھر شبہ کیا جاچکا ہے (70)۔

اسباب۔ یہ مردوں کی نسبت عورتوں میں بہت زیادہ اکثر الوقوع ہوتا ہے، اور ابتدائً عام طور پر پندرہ اور تیس سال کی عمر کے درمیان، حتیٰ کہ بچپن میں بھی دیکھا جاتا ہے۔ سردی اور جذباتی اختلال اس کے اسباب مہیجہ ہیں۔ بہت سے مریض نازک یا عدیم الدم، عصبی یا ہسٹیریائی مزاج رکھنے والے ہوتے ہیں، لیکن بعض ایسے معلوم ہوتے ہیں گویا وہ وقوعِ مرض سے پہلے تک اچھی صحت میں تھے۔ مرضِ رینا ڈ کے ساتھ ہیموگلوبین بولیت (hæmoglobinuria)، التہابِ اعصابِ محیطی (peripheral neuritis)، اور مختلف جلدی تورمات، بالخصوص صلابتِ جلد (sclerodermia) یا صلابتِ انگشت (sclerodactylia) پائے گئے ہیں۔ آخر الذکر حالت میں انگلیوں کی جلد موٹی، چکنی اور چمکدار ہوجاتی اور بالآخر مذبول ہوجاتی ہے۔

31

علامات ۔ دورانِ حملہ میں، جو سردی یا جذبات کی وجہ سے یا خود بخود نمودار ہوسکتا ہے، ایک یا زائد انگلیاں سرد، سُن اور دردناک ہو جاتی ہیں۔ اُن کا رنگ یا تو سپید (مقامی غشیان) یا نیلگوں مائل سپید، بنفشی، سلیٹ کے رنگ کا، حتیٰ کہ سیاہ (مقامی اختناق) ہوتا ہے۔ جب انگلیاں نیلی ہوتی ہیں تو اُنھیں دبانے سے ایک سپید دھبہ پیدا ہو جاتا ہے، جو اپنا سابقہ نیلا رنگ صرف آہستہ آہستہ ہی پھر حاصل کرتا ہے۔ جارحہ کا متصلہ حصہ اکثر کسی قدر سُوجا ہوا ہوتا ہے، اور اُس سے اوپر تھوڑے فاصلہ تک جارحہ میں ایک کبود مرمریت پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ حالت چند منٹ سے لے کر کئی گھنٹوں تک قایم رہتی ہے۔ شفایابی کے ساتھ ساتھ جھنجھناہٹ اور جلن محسوس ہوتی ہے، اور کبودی بتدریج پہلے قرمزی اور بالآخر قدرتی گلابی رنگ میں بدل جاتی ہے۔ حملہ کی شدت کے دوران میں شریانی رسد تمام تر موقوف ہو جاتی ہے، چنانچہ نیلے رنگ کی کمی بیشی کا انحصار خون کی اُس مقدار پر ہوتا ہے جو عروقِ شعریہ اور چھوٹی وریدوں میں باقی رہ جاتا ہے۔ مردہ انگلیاں (dead fingers) جو بہت سے طبعی اشخاص میں تکشّف (مثلاً دیر تک نہانے) کے بعد پیدا ہو جاتی ہیں اور بعض اوقات پالا گھاؤ (frost-bite) کی حد تک پہنچ جاتی ہیں مرضِ رینالڈ کی مثال نہیں ہیں۔

سخت ترین درجہ وہ حالت ہے جسے متشاکل گنگرین (symmetrical gangrene) کہتے ہیں۔ ایک ایسے حملہ کے دوران میں، جیسا کہ اوپر بیان کیا گیا ہے، انگلیوں پر مصلی قیمی سیال سے بھرے ہوئے آبلے بن کر پھوٹ جاتے ہیں، اور ان کے پھوٹنے کے بعد چھوٹے قرحے رہ جاتے ہیں، جو کبودی کے رفع ہو جانے کے بعد مندمل ہو جاتے ہیں۔ اس عمل کے مکرر ہونے پر ممکن ہے کہ ماؤف حصے پر بہت سے چھوٹے چھوٹے ندبات بن جائیں، اور انگلیاں ایک جھری دار چکنا ہوا چمڑے کی جھلی جیسا منظر اختیار کر لیتی ہیں۔ ممکن ہے کہ جلد کے چھلکے اتر جائیں اور ناخن جھڑ جائیں۔ دوسری اصابتوں میں ہاتھ اور پاؤں کی انگلیاں، آبلوں یا نفیطات کے بنے بغیر سیاہ، جھری دار اور گنگرینی ہو جاتی ہیں، اور چند ہفتوں کے عرصہ میں جلد کی ایک اوپری تہ حتیٰ کہ زیادہ گہری بافتوں کا کچھ حصہ غشیشہ بن کر علیحدہ ہو جاتا ہے۔

ان شدید اصابتوں میں جو نمایاں ترین علامت موجود ہوتی ہے وہ دوری نوعیت کا شدید درد ہے، جو دوسرے جوارح میں بھی تشنّع ہو جاتا ہے۔ نبض تپلی اور ضغط پذیر ہو سکتی ہے، لیکن ہمیشہ محسوس ہوتی ہے، اور مریض کی عام صحت حیرتناک طور پر کم متاثر ہوتی ہے۔ ہاتھوں کی انگلیوں کی طرح پاؤں کی انگلیاں بھی ماؤف ہوتی ہیں، اور کبھی کبھی اُن سے پہلے ہی ناک اور کان کبود ہو سکتے ہیں لیکن اکثر اُن کا اغشاش نہیں ہوتا۔ یہ حیرت انگیز ہے کہ جب قروح مندمل ہو جاتے ہیں تو بہت کم اندباب باقی رہ جاتا ہے۔

اس کے حملے ہفتوں یا مہینوں کے وقفوں سے ہوتے ہیں، اور بعض اصابتوں میں، خفیف مگر حملوں کے بعد، انگلیاں ایک مستقلاً سن اور جھری دار حالت میں رہ جاتی ہیں۔

تشخیص۔ تشیخوخی گنگرین کی شناخت ان امور سے ہوتی ہے:۔ مریض کی عمر، نیز اس میں گنگرین ایک ہی جارحہ اور عموماً جارحۂ زیریں کو ماؤف کرتی ہے، اس کا ممر ترقی پذیر ہوتا ہے، اور جارحہ کی شریان کی حالت مرض زدہ ہوتی ہے۔ خصرۃ (chilblains) مقامی اختناق سے کسیقدر مشابہت ظاہر کرتی ہے اور ممکن ہے کہ اس کی امراضیات بھی مماثل ہو۔ اس کا وقوع سردی کے واضح تکشف سے ہوتا ہے۔

اِنذار۔ یہ مرض مہلک نہیں ہوتا، اور علاج سے بہت فائدہ حاصل ہو سکتا ہے۔

مرض رینالڈ کا کارگر علاج یہ ہے کہ آنتوں کو مقررہ وقفوں پر، جسمانی تپش والے عقیم مالح کے ۵ء۰۔ فی صدی محلول کے ۴ تا ۱۰ پائنٹ سے، ایک اثنا عشری انبوبہ کے ذریعہ سے دھارا جائے، جس سے غرض یہ ہے کہ غذائی قنال کے مافیہا کو دوسرِ کر خارج کر دیا جائے۔ تبادلاً ہر صبح کو اسی محلول کے ۱ تا ۲ پائنٹ پی لئے جائیں۔ (پریگ کے) ٹامی نیک (Tominek) نے طبعی مالح کے اندر ریڈیئم کے فوحہ کے دروں وریدی اشرابات کی سفارش کی ہے۔ مقامی تدابیر یہ ہیں:۔ ہاتھ پاؤں کو گرم رکھا جائے۔ فرک، جو مائیاتی طریقوں (hydrological methods) جیسے کہ تبادلی

گرم اور سرد لطولات کے ساتھ ممزوج کی جا سکتی ہیں۔ بلند تواتر رو (high frequency) اور برقی حرارت رسانی (diathermy)۔ مفید ترین ادویہ آیوڈین اور درقیہ ہیں۔ موسم سرما میں مریض کو گرم آب و ہوا میں منتقل کر دینا مناسب ہو سکتا ہے۔

التہاب الورید

(PHLEBITIS)

وریدوں کے التہاب یا التہاب الورید کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ دیواریں دبیز ہو جاتی ہیں اور ان میں خون کے سپید خلیوں کی دریزش واقع ہوتی ہے، جو ممکن ہے کہ اس کثرت کے ساتھ ہو کہ طبقوں کا حقیقی تقیح پیدا ہو جائے۔ ورید کے بطانہ اور ظہارہ کا التہاب ظاہر کرنے کے لئے علی الترتیب دروں وریدی التہاب (endophlebitis) اور گرد وریدی التہاب (periphlebitis) کی اصطلاحیں استعمال کی گئی ہیں۔ گرد وریدی التہاب، ورید کے باہر کسی التہابی مرکز کے تماس سے، یا تضرر کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ دروں وریدی التہاب زیادہ اکثر خود ورید کے اندر خون کی علقیت یا ترویب کے نتیجہ کے طور پر شروع ہو جاتا ہے۔ یہ علقیت یا ترویب مختلف اسباب سے واقع ہو جاتی ہے (ملاحظہ ہو علقیت)۔ ممکن ہے کہ تھکا وریدی دیوار سے چپکا رہے، اور ساتھ ہی اس کا تعضیہ واقع ہو کر ورید بالکل مطموس ہو جائے۔ یا اس کے برعکس ممکن ہے کہ تھکے کے اندر راستہ بن کر اس کے اندر سے دوران خون پھر قائم ہو جائے۔ دوسری اصابتوں میں وہ نرم ہو کر ایک ریم نما مایع بن جاتا ہے۔ گرد وریدی التہاب اندر پھیل کر خود علقیت پیدا کر سکتا ہے۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ ورید کے گرد کی بافت میں پھوڑے بن جائیں۔ مہاجر علقی وریدی التہاب (thrombophlebitis migrans) ایک حالت ہے جو کہ حالیہ سالوں میں زیادہ کثرت سے تشخیص کی گئی ہے۔ اس میں جسم کے مختلف حصوں کی اور احشاء کی وریدوں پر حملہ ہوتا ہے۔ غالباً ضررات کسی عفونی مرکز سے پیدا ہوتے ہیں۔ (ادب کے لئے ملاحظہ ہو 84)۔

312

علامات۔ التہاب الورید میں ماؤف عرق کے ممر میں درد اور الیمیت ہوتی ہے اور اگر کسی اوپری ورید کا التہاب ہو تو سطح پر بھی کچھ سرخی پیدا ہو جاتی ہے۔ ورید ایک ابھری ہوئی سخت رسّی کی طرح محسوس کی جاسکتی ہے' اور اس مقامی مرض کے ساتھ کسی قدر حموی ردِعمل بھی موجود ہوتا ہے۔ گردوپیش کی بافت کے سخت ہو جانے' جلد کی سرخی اور اُذیما' اور بالآخر تموّج سے پھوڑوں کی تکوین ثابت ہوتی ہے۔ علقہ کے ٹوٹنے پھوٹنے اور اُس کے ذرات کے منتقل ہونے کے ثانوی نتائج بعد میں بیان کئے گئے ہیں۔

علاج ۔ التہاب الورید کا علاج یہ ہے کہ ماؤف حصہ کو کلی آرام دیا جائے' درد میں کمی کرنے کے لئے گرم تکمیدات استعمال کریں یا گلیسرین اور بیلاڈونا لگائیں' اور اگر ضرورت ہو تو اسی غرض کے لئے افیون کے مرکبات بھی استعمال کریں۔ علقہ کے ٹوٹ کر جدا ہو جانے کا خطرہ ہمیشہ پیش نظر رکھنا چاہیے (ملاحظہ ہو علقیت اور سدادیت)۔ اگر پھوڑے بن جائیں تو شگاف کے ذریعہ سے پیپ کو نکالنے کی ضرورت ہوگی۔

علقیت اور سدادیت

(THROMBOSIS AND EMBOLISM)

علقیت کی اصطلاح کا اطلاق خون کی اُس ترویب پر کیا جاتا ہے جو زندہ عروق کے اندر (خواہ شرائین میں خواہ وریدوں میں) یا قلب کے کہفوں میں واقع ہوتی ہے۔ اور خود تھکلے کو علقہ کہتے ہیں۔

سدادیت سے مراد تھکلے کے کسی حصے کا یا کسی دوسری شئے (سلعات کے ذرات' طفیلیات' شحمی گلوبچوں) کا دوران خون کے ایک حصے سے دوسرے حصے میں منتقل ہونا اور پھر ایسے عرق میں پہنچنا جو اُس کے آگے بڑھنے کے لئے بہت زیادہ تنگ ہو اور وہاں مغروز ہو جاتا ہے۔ سدادیت کا وقوع نظامی دورانِ خون کے محیط کو جانے والی شرائین میں' نظامی وریدوں اور پھیپھڑوں کو جانے والی ریوی شریان میں' نیز جگر کو جانے والی بابی ورید میں ہو سکتا ہے۔ منتقل شدہ ذرّے کو سداد کہتے ہیں۔

فائبرین کی تکوین کی اُن حالتوں کے علاوہ جو عموماً ترویب پیدا کردیتی ہیں، علقیت کی پیدایش میں دو اور اہم عوامل کارفرما ہوتے ہیں جو یہ ہیں :- (۱) خون کی رو کی غیر معمولی سست رفتاری، خواہ گھٹی ہوئی قلبی قوت کی وجہ سے، یا عرق میں مقامی تسدد کی وجہ سے، یا خون کی لزوجیت کی زیادتی کی وجہ سے، اور (۲) متعلقہ عرق یا کہفہ کی استری جھلی کا کوئی ضرر یا اُس پر کوئی بے قاعدگی۔ لیکن اِس کا اعتراف ضروری ہے کہ اکثر اوقات ساری عوارض (جن میں خرد عضویات یا سمّیات کا حصہ ہوسکتا ہے) اور صحت کی وہ حالتیں جو نقرس میں اور نفاسی حالت (puerperal state) میں موجود ہوتی ہیں، علقیت کے ساتھ نہایت قریبی تعلق رکھتی ہیں۔

چنانچہ ہم دیکھتے ہیں کہ قلب میں خون کی ترویب اُس کے ملتہب مصراعوں پر ہوتی ہے، یا اُس کے کہفوں کے اندر ہوتی ہے جب کہ یہ متسع ہوں یا انتہائی کمزوری کے ساتھ منقبض ہوتے ہوں۔ عروق میں اس کی ترویب اُس وقت ہوجاتی ہے جب کہ اُن کی دیواریں متضرر ہوں، یا جب وہ عفونی یا گنگرینی اعمال سے متاثر ہوں۔ شرائین میں ترویب بالخصوص اُس وقت ہوتی ہے جب کہ اُن کی دیواروں میں آتشکی یا اتھیرومائی ضررات ہوں، یا وہ انورسمائی اتساعات میں مبتلا ہوں۔ وریدوں میں ترویب اسوقت ہوتی ہے جب کہ دباؤ کی وجہ سے اُن کے خون کی رَو سُست پڑ جائے، یا جب کہ مختلف ساری ضعفی اور عدم دمویتی عوارض کے موضوعوں میں خفیف ترین مقامی اختلال موجود ہو۔ اِس عمل میں پہلا قدم اکثر یہ معلوم ہوتا ہے کہ مقام معیّن پر صُحیفاتِ دمویہ کا اجتماع ہوجاتا ہے، اور اذاں بعد سپید خلیے مجتمع ہوجاتے ہیں یا فائبرین بنتی ہے۔ ایک عرق کے اندر خون کی ترویب کا اثر قدرتی طور پر یہ ہوتا ہے کہ اُس میں ایک تسدد پیدا ہوجاتا ہے، اور اس لحاظ سے کہ یہ ترویب شریان کے اندر ہے یا ورید میں اس تسدد کے اثرات جُداگانہ ہوں گے۔

جب رُوبہ ایک بار بن جاتا ہے تو اُس کے اوپر اور نیچے دوران کرنے والے خون سے فائبرین کے مزید جماؤ حاصل ہوتے رہتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ یہ علقہ نسبتہً بڑے اور زیادہ بڑے عروق میں پھیلتا جاتا ہے۔ جب روبہ پہلے پہل بنتا ہے تو وہ نرم ہوتا ہے اور وریدوں کو بھر دیتا ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ کچھ عرصہ کے بعد وہ سکڑ جائے اور اسطرح دورانِ خون کو از سرِ نو جاری ہونے دے۔ لیکن رُوبہ کا اختتام ہمیشہ ایسا موافق نہیں ہوتا۔

313

علقہ عموماً کسی قدر دروں شریانی التہاب (endarteritis) یا دروں وریدی التہاب (endophlebitis) پیدا کر دیتا ہے، عرق کی دیوار کے ساتھ اُس کا انضمام واقع ہو جاتا ہے، اور بالآخر اِس تھکّے کا تعضیہ واقع ہو کر عرق کا مجری مستقل طور پر مطموس ہو جاتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ عفونی خرد عضویے رو بہ کو توڑ پھوڑ کر ایک ریم نما یان بنا دیں جس میں جسمات ریم، خرد نبقیات اور باریک ذراتی ریزے ہوتے ہیں۔ قلب اور وریدوں میں علقیت ہونے کا ایک اہم نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ رو بہ سے ریزے ٹوٹ کر دوران خون کے دوسرے حصوں میں منتقل ہو جاتے ہیں۔ پھر وہ سداد بن جاتے ہیں، جیسا کہ اوپر بیان کیا گیا ہے۔ نتائج ابتدائی علقہ کے مقام و قوع اور اُس کی نوعیت کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ وریدی علقوں سے جو ٹکڑے جدا ہوتے ہیں وہ خون کی رَو کے ذریعہ سے دائیں اُذین میں، اور وہاں سے دائیں بطین میں، اور شریان ریوی میں پہنچ جاتے ہیں، اور اپنی جسامت کے لحاظ سے، وہ اِس شریان کو یا تو بالکل اُس کی ابتدا میں، یا جرم شش کے اندر مسدود کر دیتے ہیں۔ قلب کے دائیں جانب میں کے علقات بھی اسی طرح شریان ریوی کی سدادیت پیدا کر دیں گے۔ لیکن اَورطی یا مطرانی مصراعات پر کے، یا دائیں اُذین کے اندر کے علقات، دماغ، طحال، گردوں یا جوارح میں یا اور کسی مقام پر نظامی شرائین کی سدادیت پیدا کر دیں گے۔

اگر سدادیت کے بعد جانب دوران خون فی الفور قایم ہو جائے تو اُس کا نتیجہ مسدود عرق کے رقبہ کے اندر کی بافت کی موت ہے۔ بافت کے اِس طرح متاثر شدہ حصّے کو مفعمہ (infarct) کہتے ہیں۔ بعض اعضاء، مثلاً جگر، میں عروق کا تفمم اتنا کامل ہوتا ہے کہ وہاں مفعمات کبھی نہیں بنتے۔ لیکن دوسرے اعضاء میں، گو وہاں کچھ تفممات موجود ہوتے ہیں، تاہم وہ ایک حصے کے تغذیہ کے لئے کافی نہیں ہوتے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جب ایک شریان مسدود ہو جاتی ہے (جو اِس مثال میں معلوم ہے کہ وظیفی منتہائی شریان ہے) تو ایک مفعمہ بن جاتا ہے۔ وہ ٹھوس اعضاء میں عموماً مخروطی شکل کا ہوتا ہے، لہذا تراشش قطع کرنے پر وہ مثلثی یا فانہ شکل ہوتا ہے۔ اور جیسا کہ بعد الممات دیکھا جاتا ہے، وہ سخت یا نرم ہوتا ہے، اور رنگ میں سپید یا زردی مائل سپید (سپید مفعمہ = white infarct) یا سیاہی مائل سرخ ہوتا ہے

(نزفی یا سرخ مفعمہ = haemorrhagic or red infarct)۔ سپید مفعمہ، جو عموماً گردے اور قلب میں پایا جاتا ہے، اس میں جو تغیر واقع ہوتا ہے وہ ترویبی تنخر ہے۔ بافت اپنی دموی رسد سے معرّا ہو کر گرد و پیش کی زندہ بافت کا لمف اس میں نفوذ کر جاتا ہے اور اسی میں ترویبی تغیرات واقع ہوتے ہیں۔ اس کے گرداگرد بیش دمویت اور نزف کا ایک تنگ منطقہ پایا جاتا ہے۔ اگر ترویب پذیر مادّہ کافی ہو تو مفعمہ سخت ہوتا ہے، جیسا کہ گردے اور طحال میں دیکھا جاتا ہے۔ اگر وہ نسبتًہ کم وافر ہو تو مفعمہ نسبتًہ نرم ہوتا ہے، جیسے کہ دماغ میں۔ نزفی مفعمہ میں بھی ابتدائی عمل ترویبی تنخر کا ہوتا ہے، لیکن اس میں کم و بیش کامل نزف کا اضافہ ہو جاتا ہے، جو سرخ جسیمات کے پارجست (diapedesis) کے ذریعہ سے ہوتا ہے یا تو اس وجہ سے کہ (۱) خاص شریانی شاخ کی مسدودی کے بعد شریانی تفمات تخری رقبہ کے اندر دوران خون ہونے دینے کے لئے کافی ہوتے ہیں، یا اس وجہ سے کہ (۲) جیسا کہ شُش اور آنت میں ہوتا ہے جہاں مفعمات ہمیشہ نزفی ہوتے ہیں، ہوا کی موجودگی کے باعث شعری دیواریں بے سہارا ہوتی ہیں، اور جب قلتِ تغذیہ کی وجہ سے اُن کی اَستری جبلی کے خلیات مُردہ ہو جاتے ہیں، تو خون اُن میں سے رِس نکلتا ہے۔ امتدادِ زمانہ کے ساتھ جب دموی لون جذب ہو جاتے ہیں تو سرخ مفعمات سپید ہو جاتے ہیں۔ گردہ، قلب اور شبکیہ کے مفعمات عموماً سپید قسم کے ہوتے ہیں۔ طحال اور دماغ کے مفعمات یا تو سپید یا سرخ ہو سکتے ہیں۔ اگرچہ مفعمات ابتدائی درجوں میں اکثر کسیقدر متورم اور بافتوں کی سطح پر اُبھرے ہوئے ہوتے ہیں، تاہم بالآخر، اگر وہ عفونی نہوں تو وہ سکڑ کر منقبض ہو جاتے ہیں، جیسا کہ بالخصوص گردوں میں دیکھا جاتا ہے۔ عناصر میں شحمی انحطاط واقع ہو کر ان کی جگہ اتصالی بافت لے لیتی ہے۔ اگر سداد کسی متقیح علقہ سے آئے، یا خبیث التہاب درون قلبیہ (malignant endocarditis) سے حاصل ہو تو ممکن ہے کہ اس کے مشمولہ عضویے مفعمات میں عفونی اعمال پیدا کر دیں۔ یہ مرکز میں ریمی ہو کر پھوڑے بنا دیتے ہیں، جیسے کہ تقیح الدم میں شُش کے اندر، یا کبھی کبھی خبیث التہاب درون قلبیہ میں دماغ اور گردے میں ہوا کرتے ہیں۔ عفونی سدادات شریانی دیوار میں سرایت پیدا کر کے بعض اوقات اِنفراز کے مقام پر شریان کی کمزوری اور اتساع پیدا کر دیتے، اور اِس طرح سدادی انورسما (embolic aneurysm) پیدا

314

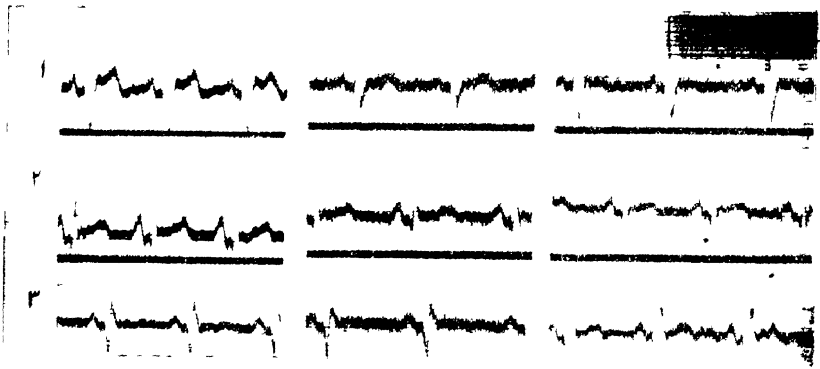
کر دیتے ہیں ۔ اگر کسی محیطی حصے (پاؤں، ٹانگ، یا ہاتھ) کی خاص عرق مسدود ہو جائے، اور اُسے گرد و پیش کی کوئی زندہ بافت ترویب پذیر مادے کی رسد نہ پہنچا سکے تو اُس کا نتیجہ ترویبی تنخر نہیں ہوتا بلکہ گنگرین ہوتا ہے ۔

علقیت اور سداویت کی مندرجۂ ذیل شکلیں وہ ہیں جو عموماً شناخت کی جاتی ہے :-

اکلیلی علقیت (coronary thrombosis)، جو قلب کا وقف الدمی تنخر پیدا کر دے ۔ ممکن ہے کہ یہ ایک اوّلی علقیت ہو یا سداویت کے باعث ہو ۔ مریض عموماً

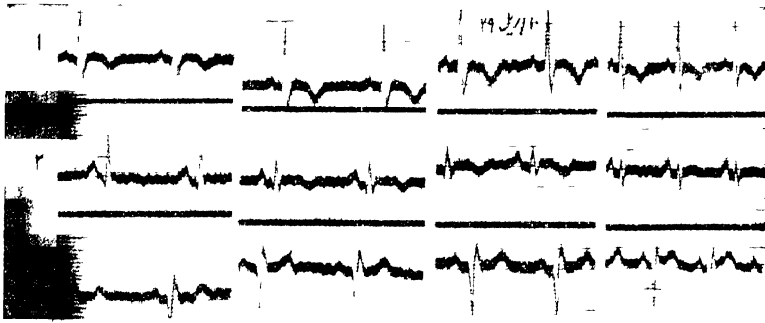
۱

۲

۳

شکل ۴۲ ۔ برقی قلبی ترسیمی تغیرات اکلیلی علقیت کے (الف) ایک دن، (ب) تین دن اور (ج) سات دن بعد، جن سے پہلی تقوید میں (اور کسیقدر کمی کے ساتھ دوسری تقوید میں) ت ۔ موج کا بتدریج غائب ہونا اور (الف) میں ہم برقی فاصلہ (iso-electric interval) یعنے مر اور ت موجوں کے درمیان کے معمولی افقی خط کی غیر موجودگی ظاہر ہوتی ہے ۔

ادھیڑ عمر سے زیادہ کا ہوتا ہے ۔ بلا کسی ظاہری سبب کے وہ یکایک سینہ یا شراسیف میں نہایت شدید درد محسوس کرتا ہے، جو ذبحۂ صدریہ (angina pectoris) کی طرح محیط کے طرف تشعع کرتا ہے ۔ ممکن ہے کہ یہ مسلسل چند گھنٹوں تک جاری رہے اور اُسے بےچین کر دے ۔ اس کو تشویش ہوتی ہے، اس کا رنگ شاحب اور کسی قدر ازرق ہو جاتا ہے اور ساتھ ہی

ٹھنڈا پسینہ آتا ہے۔ نبض کمزور اور بعض اوقات غیر منظم ہوتی ہے اور خون کا دباؤ کم ہوجاتا ہے۔ بہرضروری التوجہ ہوتا ہے اور بعد میں ممکن ہے کہ چین اسٹوکس کا تنفس ہوجائے۔ کیقدر تپ اور سپید خلیوں کی کثرت، اور اکثر متلی اور قئے ہوتی ہے۔ نار موری زرک، گو یہ ہمیشہ موجود نہیں ہوتا ہے، تاہم تشخیص کی قطعی طور پر تصدیق کر دیتا ہے۔ برقی قلبی ترسیم میں نہایت مستمر تغیرات یہ ہوتے ہیں کہ ایک منعکس ن موج ہوتی ہے اور ہ۔ن فاصلہ میں تغیرات واقع ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو شکل ۴۲)۔ اس درد میں نہ تو امائل نائٹرائٹ (amyl nitrite) سے تخفیف ہوتی ہے، نہ ہمیشہ ½ گرین مارفیا تک کے استعمال سے اول الذکر

315

شکل ۴۲۔ برقی قلبی ترسیمی تغیرات اُسی مریض سے، اکلیلی علقیت کے وقوع کے دو، چار، آٹھ اور بارہ ہفتوں کے بعد۔ جن سے ظاہر ہے کہ تقویدا اور ۲ میں ن موج منعکس ہوکر طبعی حالت کی طرف عود کر رہی ہے۔ (دوسری احاتوں میں ایسے ہی تغیرات صرف تقوید ۲ اور ۳ میں ہوں گے) (جے۔ ایم۔ ایچ۔ کیابیل)۔

کو اس وجہ سے نہیں دینا چاہیے کہ وہ قلب پر مہیج اثر رکھتا ہے۔ ممکن ہے کہ بعد میں پھیپھڑوں کے اُذیما کے ساتھ امتلائی فشل قلب واقع ہوجائے۔ اگرچہ یہ ایک تمثیلی سرگذشت ہے، تاہم اس امر پر زور دینا ضروری ہے کہ اس مرض کا سلسلۂ علامات مستمر نہیں۔ ممکن ہے کہ حملہ غشی کے ساتھ شروع ہوجائے۔ ممکن ہے درد نہ ہو۔ ممکن ہے کہ ناگہانی موت واقع ہوجائے۔ عموماً دروں قلبیہ پر انفعام یافتہ رقبہ سے اندر کی جانب ترویب خون واقع ہوتی ہے، جو ممکن ہے کہ ٹوٹ کر جدا ہوجائے اور کسی دوسری جگہ سدادبت پیدا کرے (35)۔

ممکن ہے کہ مریض اُس وقت ذبحۂ صدریہ میں مبتلا ہوا ہے یا نہیں ہوا، اور اگر وہ شفایاب ہو جائے تو ممکن ہے کہ بعد میں ذبحہ میں مبتلا ہونا شروع کردے، جس کی وجہ قیاساً یہ ہے کہ قلب کے جو ریشے تندرست باقی رہ جاتے ہیں اُن پر زائد از معمول کام کا بار پڑ جاتا ہے ۔ ممکن ہے کہ مریض گھنٹوں، دنوں، بلکہ سالہا سال تک زندہ رہے اور فاعلی کام کرنے کے قابل رہے ۔ جان ہنٹر (Jhon Hunter) جسے غالباً پینتالیس سال کی عمر میں اکلیلی علقیت ہو گئی تھی، بیس سال تک زندہ رہا (36) ۔ فوری کلی آرام و سکون اور آکسیجن اس کا علاج ہے ۔ آکسیجن کا خیمہ بہت کامیاب ہے، اور اس سے درد کو تسکین ہو سکتی ہے۔ ذبحہ اور اس میں تفریقی تشخیص پر بحث کی جا چکی ہے ۔

فخذی علقیت (femoral thrombosis) فخذی ورید کی علقیت

سلِ ریوی کے آخری درجوں، سرطان، اور دوسرے خستہ کن امراض میں، تپ محرقہ اور انفلوئنزا کے بعد کی نقیہیت میں، اور زچگی کے بعد ("white leg" = سپید پائی) پیدا ہو جاتی ہے ۔ ٹانگ متورم ہو جاتی ہے، اور ورید کا مسدود ہونا محسوس کیا جا سکتا ہے۔ اس کے ساتھ موجود رہنے والے التہاب الورید کی وجہ سے عموماً کسیقدر الیمیت بھی ہوتی ہے ۔ گاہ بگاہ یہ حادثہ بھی ہوتا ہے کہ تھکلے کا ایک حصہ ٹوٹ کر ریوی شریان کی کسی بڑی شاخ میں مغروز ہو جاتا ہے، جس سے موت دفعتہً واقع ہو جاتی ہے ۔ تپوں کے بعد کی نقیہیت کے دوران میں جو ایام میں وقوع علقیت کو روکنے کے لئے مریض کی نقل و حرکت کو بہ احتیاط منظم کرنا چاہیئے ۔ اُس کو اس طرح سے لیٹنے کی اجازت نہ دی جائے کہ جس میں وریدیں دب جاتی ہوں ۔ نرم تکیوں سے سہارا حاصل کیا جا سکتا ہے ۔

وداجی علقیت، اور جانبی جوف (lateral sinus) کی علقیت

اندرونی گوش، یا حلمیہ (mastoid) کے خلیوں کے مرض سے پیدا ہو جاتی ہے ۔ بیرونی گوش کے تماس کی وجہ سے عفونی عضویے اکثر موجود ہوتے ہیں، شدید التہاب الورید شروع ہو جاتا ہے، اور تھکا عفونی ہو جاتا ہے ۔ پھر ذرات قلب کے دائیں جانب کے راستہ سے ہو کر پھیپھڑوں میں پہنچ جاتے ہیں، جن میں تقیح الدمی خراجات بن جاتے ہیں ۔ بعض اوقات زیادہ عام حالتوں، مثلاً شیرخواروں کے ضمور (marasmus) اور

بالغوں کی اخضریت (chlorosis) اور عدم دموبت کی وجہ سے دوسرے دماغی جوفوں (طولی اور کھڑکی) میں بھی علقیت واقع ہو جاتی ہے۔

حوضی (pelvic) وریدوں کی علقیت عورتوں میں حوضی احشاء کے مرض کی وجہ سے اور دونوں صنفوں میں سوزاک کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے۔ (نیز ملاحظہ ہو مہاجر علقی وریدی التہاب)۔

تحتانی ورید اجوف کی علقیت میں یہ لازمی نہیں کہ زندگی ضائع ہو جائے۔ ایک مریض میں، جو پچیس برس تک زندہ رہا، کبدی وریدوں کے مدخل کے نیچے سے ورید میں متغیر ہو کر ایک غیر نفوذ پذیر فیتہ بن گئی تھیں۔ گردوں سے خون کی واپسی کیسہ کے راستے سے اور قطنی اور مجرد (azygos) وریدوں کے راستہ سے ہوتی تھی۔ ہمیشہ پاؤں اور دیوار شکم کی وریدوں میں بڑی دوالیت موجود ہوتی ہے، اور ساتھ ہی علقی التہاب الورید (thrombo-phlebitis)، بواسیر (hæmorrhoids) اور دوالی نما قروح کا رجحان موجود ہوتا ہے۔ سرایت، ضربۃ اور مرض خبیث اسباب ہیں (37)۔

بعض اوقات قلب کے اندر موت سے ذرا پہلے، جب کہ دورانِ خون میں فشل واقع ہو رہا ہو، اور انساع کی حالتوں میں قلب کی دیواروں کے گوشوں میں بڑے تھکے بن جاتے ہیں۔ یہ اس عضو کے فعل میں مداخلت کر کے سرعت سے موت واقع کر دیتے ہیں۔ یا ممکن ہے کہ یہ ریوی یا نظامی دورانِ خون کو سدادات بہم پہنچا دیں۔

دماغی شرائین کی سدادیت اور علقیت کا بیان امراضِ دماغ کے تحت درج کیا گیا ہے۔

کسی جارحہ کی بڑی شریان کی سدادیت زیادہ عام واقعہ نہیں۔ وہ ناگہانی حاد درد پیدا کر دیتی ہے، جس کے بعد ماؤف جارحہ سُن، سرد، اور بے طاقت ہو جاتا ہے۔ سدادیت کے مقام سے نیچے نبض غیر محسوس ہوتی ہے، اور جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے، نتیجہ یہ ہو سکتا ہے کہ گنگرین ہو جائے۔ طحال اور گردوں میں سدادیت کا وقوع چنداں عام طور پر شناخت نہیں ہوتا۔ بعض اوقات طحال کی سدادیت کی وجہ سے بائیں پہلو میں تیز درد ہوتا ہے۔ گردے کی سدادیت سے دم بولیت اور اکثر اوقات البیومن بولیت بھی پیدا ہو جاتی ہے، اور خبیث التہاب دروں قلب میں

اکثر مرکزی سدادی التہاب الکلیہ (focal embolic nephritis) کی حالت موجود ہوتی ہے۔ ماساریقی (mesenteric) شریان کی سدادیت کی اصابتیں واقع ہوئی ہیں جن میں مریض شدید درد شکم اور تمدد میں مبتلا ہوگیا اور اس کے بعد ایک یا دو دنوں میں ہبوط اور موت واقع ہوگئی۔ اور آنت اور باریطونی کہفہ کے اندر خون پایا گیا ہے۔ اس ورید کی علقیت کے نتائج بھی بہت مماثل ہوسکتے ہیں لیکن اس کے علامات زیادہ تدریجاً نمویاب ہوتے ہیں۔

جگر کے عروق کی سدادیت اور علقیت کے اثرات۔ التہاب ورید الباب (pylephlebitis) کے تحت بیان کئے گئے ہیں۔ ریوی سدادیت اور علقیت اور انفعام اور شحمی سدادیت (fat embolism) کا بیان صفحہ 177 پر درج کیا گیا ہے۔

نوبالید کے ذرات کی سدادیت حصص بعیدہ میں تازہ بالیدیں پیدا کر دیتی ہے۔

علاج۔ سدادیت کے درد میں مقامی واقع درد ادویہ لگانے سے آرام ہوسکتا ہے۔ اگر کسی جارحہ کی بڑی شریان مسدود ہوگئی ہو تو اس جارحہ کو نرم روئی کے گالے میں یا مرغن نسالہ (oiled lint) میں لپیٹ دینا چاہئے۔ سداد براری (embolectomy) پہلے چند گھنٹوں میں انجام دی جاسکتی ہے یا تھکلے کو وستِ ورزی کے ذریعہ ایک خردتر شریانی شاخ میں دھکیلا جاسکتا ہے۔

عرقی عصبانی اُذیما

(ANGEIO-NEUROTIC ŒDEMA)

یہ عارضہ بہ ظاہر وعاحرکی آلہ سے متعلق ہے اور شری (urticaria) سے بہت ملتا جلتا ہے۔ لیکن اس کے ضررات نسبتہً بڑے ہوتے ہیں۔ جسم کے مختلف حصوں مثلاً چہرہ، پپوٹوں، ہاتھ یا پاؤں، حلق یا زبان پر محدود المقام اورام نمودار ہوجاتے ہیں۔ یہ التہابی نہیں ہوتے اور نہ ان کا انحصار جاذبہ (gravity) پر ہوتا ہے۔ ان میں درد نہیں ہوتا، لیکن ممکن ہے کہ جلن، چبھن اور خارش ہو۔ یہ دفعتہً نمودار ہوکر دو سے چھ یا دو ائد گھنٹوں تک قائم رہتے ہیں اور بار بار بلکہ روزانہ پیدا ہوجاتے ہیں۔ جلد کے اوپر ہوں

تو یہ بے ضرر ہوتے ہیں، لیکن اکثر اوقات حنجرہ کا اُذیما مہلک ثابت ہوا ہے۔ معدی معائی علامات، مثلاً قولنج، متلی اور قے، عموماً موجود ہوتے ہیں، اور معدی یا معائی غشائے مخاطی کے حاد اُذیما کی طرف منسوب کئے جا سکتے ہیں۔ یہ مرض اکثر موروثی ہوتا ہے، اور ایک ہی خاندان کے اراکین میں دو یا تین پشتوں میں واقع ہوا کرتا ہے۔ دمہ کی طرح یہ بھی ایک حساسیتی (allergic) مرض ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 138)، اور ایک غریب پروٹین کی حساسیت پیدا ہونے کی وجہ سے ہو جاتا ہے۔

علاج یہ ہے کہ اُس خاص پروٹین کو، جس کی حساسیت مریض میں پیدا ہو گئی ہے، دریافت کرکے اُس سے احتراز کیا جائے۔ عفونی مراکز کا استیصال کرنا چاہئے۔ چند مریضوں میں کونین، نائٹروگلیسرین اور خلاصہ ورقی سے آرام حاصل ہوا ہے۔ ممکن ہے کہ حنجری اُذیما کے لئے اوخالِ انبوبہ یا قصبہ شگافی کی ضرورت پڑے۔

ملرائے (Milroy) کا مرض - یہ دونوں ٹانگوں کا مزمن تہبج ہے، جو اکثر خاندانی میدار کا ہوتا ہے، اور اس میں جلد اور زیر جلدی بافتوں کی بیشِ تکوین کا رجحان ہوتا ہے، جس کا منبع نامعلوم ہے۔

حوالہ جات

REFERENCES

1	Y Henderson and Johnson	1912 *Heart*, 4, p. 69.
2	H. Sahli	1920 *Schweiz Med. Wochenschr.*
3	H Shali	1923 *Wien, Arch. f. inn. Med.*, 6, p. 515.
	H Shali	1923 *Ergeb. d. inn. Med. u. Kindhkde.*, 24, p. 73.
4	MacIlwain and Campbell	1923 *Brit. Med. Journ.* ii., p. 456.
5	E. P. Poulton and H. M. Stewart	1918 *Lancet*, ii., p. 738.
6	Parkinson and Bain	1924 *Lancet*, ii., p. 311.
7	Poulton and Dowling	1921 *Guy's Hosp. Rep.*, 71, p. 253.

8	C Dukes	1921	*Brit. Med. Journ.,* ii., p. 987.
	Corney	1922	*Lancet,* ii , p. 863.
9	J Parkinson and M Campbell	1930	*Quart Journ. Med.,* 24, p. 67.
10	J M H Campbell and E P Poulton	1928	Quoted in *Lancet,* ii., p. 1281.
11	Emanuel	1923	*Lancet,* i , p. 591.
12	Lewis, Ryffel, Wolf, Cotton & Barcroft	1913	*Heart,* 5 p. 45.
13	J A Calhoun and W G Harrison	1934	*Arch Int Med ,* 53, p 911.
14	Campbell Hunt and Poulton	1923	*Journ Path & Bact ,* 26, p. 234.
15	T Wardrop Griffith	1901	*Brit Med. Journ.,* Feb. 2.
16	T Lewis	1929	*Heart,* 15, p 7.
17	W E Dixon	1929	Communication to Assoc. Phys , Cambridge
18	T Wardrop Griffith	1903	*Edin Med. Journ.,* p. 105.
19	Carey Coombs	1923	*Quart Journ Med ,* 16, p. 309.
20	R T Grant	1931-3	*Heart,* 16, p 275
21	Newburgh	1915	*Amer Journ Med Sci ,* May.
22	C G Lambie	1926	*Brit Med Journ.,* i., p. 80.
23	Sir W Osler	1908-9	*Quart Journ. Med.,* 2, p 219.
24	Sir T. J Horder	1908-9	*Quart. Journ Med* 2, p 289
25	Sir Clifford Allbut	1923	*Lancet,* ii., p. 1422.
26	T Wardrop Griffith	1915	*Lancet,* Jan 9.
27	W Evans & C Hoyle	1933	*Lancet,* i., p. 1109
28	Sir James Mackenzie (Angina Pectoris)	1923	*London*
29	Henry Head ..	1922	*Brit Med Journ ,* i , p 1.
30	W Verdon (Angina Pectoris)	1921	*London*
31	W W Payne and E P Poulton	1923	*Quart Journ. Med.,* 17, p 53.

317

32 G. Evans 1923 *Brit. Med. Journ.*, Mar. 17, 24 and 31

33 Foster Moore 1917 *Quart. Journ Med.*, 10, p. 29.

34 W. Edgecombe 1911 *Practitioner,* April p 515.

35 A G. Gibson . 1925 *Lancet,* ii., p. 1270

36 J A Ryle 1928 *Lancet,* i , p 332.

37 Kerr 1921 *Lancet,* ii., p. 1112.

38 Bramwell and Hill 1922 *Lancet,* i , p 891.

39 Parkes Weber 1916 *Quart. Journ. Med.*, 9, p. 289.

40 Sampson Handley 1922 *Lancet,* ii., p. 173.

41 F. R. Fraser, C. F. Harris, R Hilton and G C. Linder 1928 *Quart. Journ. Med* , 22, p. 1.

42 F. Bach & N Gray Hill 1932 *Lancet,* i., p. 75.

43 W St Lawrence 1920 *Journ. Am. Med. Assoc* , 75, p 1035.

44 H J Starling 1923 *Guy's Hosp. Rep.*, 73, p. 388.

45 W Sheldon 1930 *Lancet,* ii., p. 394

46 H. F. Swift, Derick & Hitchcock 1928 Bath Conference, *Rheumatic Disease,* p 157

47 M. Campbell and E. C. Warner .. 1930 *Lancet,* i., p. 61.

48 E C Warner 1930 *Lancet,* ii , p. 719.

49 W. H Bradley 1932 *Proc. Roy. Soc. Med.*, 25, p 1635.

50 W. R F. Collis 1932 *Proc. Roy. Soc. Med.*, 25, p. 1632.

51 E C Warner 1930 *Lancet,* i., p. 339.

52 J. F. Carter Braine, W. R. Spurrell, & E. C. Warner 1927 *Guy's Hosp. Rep.*, 79, p. 473.

53 M. Campbell and S. S. Suzman 1934 *Am. Heart Journ.*, 9, p. 304.

54 C. Bolton 1924 *Heart,* 11, p. 343.

55 H. A. Treadgold and H. L.. Burton 1932 *Lancet,* i., p. 277.

56	M. Campbell and J. W. Shackle	1933	*Guy's Hosp Rep.*, 83, p 168.
57	J Holmes	1929	*Brit Med. Journ.*, ii., p 739
58	F. Saile	1930	*Med Klin*, June 20th.
59	J Plesch	1932	*Lancet*, i., p. 385.
60	E. J. Wayne	1933	*Clin Sci.*, 1, p 63.
61	T Lewis	1931-3	*Heart*, 16, p 205
62	D W. Bennett and W. J. Kerr	1931-3	*Heart*, 16, p 109
63	H A. Treadgold and H L Burton	1932	*Lancet*, i., p. 277.
64	S J Hartfull and G Armitage	1932	*Guy's Hosp. Rep.*, 82, p. 424.
65	G. H. Colt	1927	*Quart. J. Med.*, 20, p. 331.
66	E D Telford and J. S. B. Stopford	1933	*Brit Med Journ*, i., p 173
67	H A. Treadgold	1933	*Lancet*, i., p 733.
68	C. Hoyle	1933	*Lancet*, ii, p 230
69	I Harris and G McLoughlin	1930	*Quart Journ Med*, 23, p. 451
70	G. Spurling, F. Jelsma and J. B. Rogers .	1932	*Surg. Gyn. and Obstet.*, March.
71	R. G. Waller	1930	*Brit. Med Journ*, Oct. 11th
72	T. Lewis .	1931	*Heart*, 16, p. 1.
73	Paul D. White	1935	*Lancet*, ii, pp. 540, 597

318

امراض اعضائے ہضم

امتحان شکم

شکم کا امتحان ان ہی طریقوں سے کیا جا سکتا ہے جو پھیپھڑوں اور قلب کی حالتیں کام میں لائے جاتے ہیں، یعنی معائنہ، جس، قرع، اور استماع۔ اور بیشتر مثالوں میں یہی مناسب ہے کہ مریض اضطجاعی وضع میں ہو، اور اُس کے سر کے نیچے سہارا لگا ہوا ہو۔

شکم کو بغرضِ بیان دو اُفقی اور دو انتصابی خطوں کے ذریعہ نو رقبوں میں تقسیم کیا جاتا ہے۔ انتصابی خطوط، ہر جانب رباطِ پوپارٹ کے وسطی نقطہ سے لے کر اوپر کے طرف ضلعی حاشیے تک کھینچے جاتے ہیں۔ اُفقی خطوط، ضلعی حاشیے کے زیرین ترین حصوں یعنی ہر جانب کی دسویں ضلعی کریوں سے، اور حرقفی عرفوں کے بلند ترین نقطوں کے درمیان عرضی طور پر کھینچے جاتے ہیں۔ وہ خطہ جات جو اِن خطوط کے ذریعہ متعین ہوتے ہیں، اوپر سے نیچے اس طرح گنائے جاتے ہیں:۔ وسط میں شراسیفی، سُرّی اور خثلی۔ (۲) جانبین پر مراقی، قطنی اور حرقفی۔ جیسا کہ سینہ میں ہوتا ہے، یہاں بھی کسی ضرر کا صحیح مقام دریافت کرنا ہو تو ایسے حصوں سے پیمائش کرنے کی ضرورت ہوتی ہے جو بآسانی شناخت ہو جائیں، مثلاً ناف، قصِ خنجری، خطِ وسطی عانہ، مقدم فوقانی حرقفی شوکہ، یا گیارھویں پسلی کی نوک۔

معائنہ۔ پہلی چیز جسے دیکھنا چاہئے شکم کی جسامت ہے۔ یہ صحت کی حالت میں بھی بہت تغیر پذیر ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ یکساں طور پر بہت بڑی ہو گئی ہو۔ لیکن اس امر کی دریافت کے لئے کہ آیا یہ کلانی کہفۂ باریطونی میں اجتماعِ مایع کی وجہ سے (استسقائے زقی

(ascites =) یا آنتوں میں گیس ہونے (meteorism, tympanites =) کی وجہ سے
یا جدران یا شرب میں چربی ہونے کی وجہ سے یا کسی سلعہ مثلاً بیضی دوبرا (ovarian cyst)
کی موجودگی کی وجہ سے ہے امتحان کے دوسرے طریقوں کی ضرورت ہوتی ہے۔ شکم کی یکسانی
اور تشاکل بازکشیدگی فاقہ کشی میں لاغری پیدا کرنے والے امراض میں اور ایسی موت میں
دیکھی جاتی ہے جو دماغی امراض مثلاً تدرنی التہاب سحایا (tuberculous meningitis)
اور دروں جمجمی سلعہ (intracranial tumour) کی وجہ سے واقع ہوئی ہو۔

معائنہ سے مختلف مقامی کلانیاں یا ابھار دیکھے جاسکتے ہیں جو کہ مختلف اعضا
کے سلعات یا کلانیوں سے پیدا ہوجاتے ہیں مثلاً سلعات جگر تمدد معدہ تسدد کی مثالوں
میں متمدد امعاء درریختہ شرب اور منضم امعاء جو تدرنی التہاب باریطون میں پیدا ہوجاتے
ہیں کلانی طحال استسقاء الکلیہ (hydronephrosis) حاملہ رحم بیضی اور دیگر دوبرے
اور متمدد مثانہ سے شکم کے بالائی حصے کی مقامی کلانیاں جب نیچے کی پسلیوں کو اوپر اور باہر
کے طرف ایک جانب دھکیل دیتی اور اس طرح ضلعی حاشیہ اور خط وسطی کے درمیان کے
زاویہ کو بڑا کردیتی ہیں تو صدر کا عدم تشاکل پیدا ہوجاتا ہے۔ ایسا بالخصوص جگر کے کیسہ
(hydatid) سرطان اور پھوڑے کی اصابتوں میں دیکھا جاتا ہے۔

جیسا کہ سینہ کے تعلق میں پہلے تذکرہ کیا گیا ہے شکم اور تنفسی حرکات کے تعلق پر غور کرنا
بھی اہم ہے۔ زیادہ تمدد سے ڈائفرام کے نزول میں رکاوٹ پیش آتی ہے اور باریطون کے
حاد التہاب سے نزول رک جاتا ہے اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ان مثالوں میں تنفس تقریباً
بالکل صدری ہوتا ہے۔ دوسری مثالوں میں وہ اعضا جو ڈایافرام سے بدون واسطہ تماس میں
یعنے جگر طحال معدہ اور گردے ان کی وضع تو تنفس سے حقیقی طور پر متاثر ہوتی ہے لیکن
وہ اعضا یا سلعات جو نسبتہً نیچے واقع ہوں یا جو شکم کی پچھلی دیوار سے ملحق ہوں اس عضلہ کے
نزول سے نسبتہً بہت کم متاثر ہوتے ہیں۔ بعض اوقات اورطی کا یا دائیں بطین کا یا شلتی
بازروی میں بڑھے ہوئے جگر کا یا نہایت ہی شاذ طور پر انورسما کا نبضان اور تمدد معدے یا
امعاء کے حرکات دودیہ نظر آسکتے ہیں۔ حرکات دودیہ کا نظر آسکنا شکمی جدران کے پتلے پن
اور دودی حرکت کی قوت کے تناسب پر منحصر ہے۔

جس۔ حالت شکم کے امتحان کے اس طریق کے لئے شکم کی دیوار میں جس قدر

ممکن ہو ڈھیلی ہونی چاہئیں۔ اسی واسطے مریض کو اضطجاعی یا نیم اضطجاعی وضع میں ہونا چاہئے اور اُس کا سر کسی سہارے سے ٹکا ہوا ہو، کیونکہ اگر مریض اپنا سر اوپر اٹھالے، مثلاً یہ دیکھنے کے لئے کہ کیا ہو رہا ہے، تو شکمی عضلاتِ مستقیمہ تن جاتے ہیں۔ شکم کی دیواروں کے ارتخاء میں امداد حاصل کرنے کے لئے بعض اوقات مریض کی ٹانگوں کو قدرے اٹھا دیا جاتا ہے، لیکن انہیں اس وضع میں قائم رکھنے کے لئے مریض کے گھٹنوں کے نیچے ایک تکیہ کا سہارا لگانے کی ضرورت ہے۔ اگر عضلاتِ شکم مواظب طور پر تنے ہوئے ہوں، تو مریض کو اندر اور باہر گہری سانس لینے کو کہنا چاہئے، اور اُس وقت جب کہ ہاتھ شکم پر ہو مریض کو باتوں میں مشغول رکھنا چاہئے۔ یا مریض کو تکیہ پر سے اپنا سر اونچا کرنے کے لئے اور اُسے تقریباً ایک منٹ کے لئے اٹھا ہوا رکھنے کے لئے کہنا چاہئے۔ مریض کے ایسا کرنے کا نتیجہ یہ ہوگا کہ عضلات تھک جائیں گے، اور اسکے بعد ممکن ہے کہ ایک لحہ کے لئے اُس کا شکم امتحان کے لئے ڈھیلا پڑ جائے۔ دوسری ترکیب یہ ہے کہ شکم کا جسّ اُس وقت کیا جائے جب کہ مریض ایک گرم مغسل میں ہو۔ اگر ان ذرائع سے ناکامی ہو، اور امتحان کا کرنا اول درجہ کی اہمیت رکھتا ہو، تو کسی مُعدمِ حس دوا کا استعمال کرنا چاہئے۔

شکم کا امتحان نہایت نرمی کے ساتھ کرنا چاہئے۔ ہاتھ گرم ہوں، اور وہ سطح پر چپٹے رکھ دیئے جائیں، اور اس امر کی احتیاط رکھی جائے کہ انگلیوں کے سِرے دفعۃً شکم کے اندر نہ گڑو دیئے جائیں، کیونکہ ایسا کرنے سے عضلات منقبض ہو جاتے ہیں اور قابلِ اعتبار نتائج کا حاصل ہونا غیر ممکن ہو جاتا ہے۔ گہرے تنفس کے دوران میں احشا کی کلانیاں یا نوبالیدیں، بالخصوص وہ جو شکم کے بالائی حصے میں ہوں، شناخت ہو سکتی ہیں، حالانکہ دوسرے وقت وہ شاید نظر انداز ہو جائیں۔ شکم کی جانبوں کا امتحان کرتے وقت شاہد کو دودستی طریقہ کے استعمال کو ہرگز فراموش نہ کرنا چاہئے، اور وہ یہ ہے کہ ایک ہاتھ کو بارھویں پسلی کے نیچے، اور دوسرے کو سامنے شکم پر رکھا جائے۔ اگر پہلے ہاتھ کو دوسرے کی طرف دبا یا جائے جو کہ بے حرکت ہے تو خفیف ترین کلانی یا مزاحمت بھی عموماً محسوس کی جا سکتی ہے۔ مخصوص اصابتوں میں مریض کو کبھی مرفقی وضع میں رکھ کر امتحان کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

طبعی شکم میں ہاتھ کی حرکت کو تمام سمتوں میں بہت کم مزاحمت پیش آتی ہے۔ ملموس احشاء یعنی جگر، طحال، اور گردے عظمی صدر کے بالکل اندر ہوتے ہیں۔ جگر کا بایاں

لحمتہ جو عرضاً شراسیف میں واقع ہے، چھوٹے حجم کا، پتلا اور نرم ہوتا ہے۔ کھو کھلے احشا ہاتھ سے بآسانی دب جاتے ہیں، اور اکثر کوئی چیز شناخت میں نہیں آتی، سوائے اس کے کہ دبلے اشخاص میں اورطی یا حرقفی عروق کا نبضان محسوس ہوتا ہے۔

جسّ کے ذریعہ سے ہم مرض کی حالت میں اعضا کی شکل یا جسامت کے تغیرات کو اور سلعات کی موجودگی کو شناخت کر سکتے، اور امور ذیل کے متعلق معلومات حاصل کر سکتے ہیں:۔
دیوار شکم کی تنیدگی یا ارتخاء کی حالت جو مقامی یا عمومی ہو سکتی ہے۔ مقامی یا عمومی الیمیت کی موجودگی۔ اس کا اظہار ممکن ہے کہ شکم کو ہاتھ سے چھوتے ہی ہو جائے، یا صرف اس وقت ہو جب کہ گہرا دبایا جائے۔ شکم میں مختلف قسم کے حرکات محسوس ہو سکتے ہیں، یعنے طبی عروق کا، یا ایک انورسما کا، یا مرض قلب میں جگر کا نبضان۔ آنتوں کی حرکت دودیہ۔ آنتوں میں ہوا کی حرکت (قراقر)۔ ایک تمتع معدے میں اس وقت جب کہ اس پر کسی قدر دفعتہً دباؤ ڈالا جائے نسبتہً کثیف تر حرکات یا پانی اور ہوا کا چھلکنا۔ اور باریطون کی ملتہب سطحات کی رگڑ۔

جسّ میں اُن دو طریقوں کو بھی شامل کرنا چاہئے جن کے ذریعہ استقائے شکمی یعنی کہفہ باریطونی میں مائع کی موجودگی شناخت کی جا سکتی ہے۔ وہ طریقے یہ ہیں: تموّج اور غیر وضعیت (ملاحظہ ہو استسقاء شکمی)۔

قرع۔ قرع کے ضمن میں ہمیں یہ بالخصوص یاد رکھنا چاہئے کہ کہفہ شکم اوپر کی طرف عظمی صدر کے زیریں حصوں کے اندر تک پھیلا ہوتا ہے۔ شکم حالت صحت میں ان مشترکہ سطحوں کے صرف اتنے ہی حصے پر گمگی ہوتا ہے کہ جتنا آنتوں اور معدے سے متناظر ہوتا ہے، یعنی اُن تمام حصوں پر جو پسلیوں سے نیچے واقع ہیں، اور بائیں جانب پر قلب کے نیچے کی ضلعی کریوں اور پسلیوں کے زیریں سروں پر۔ شکم اُن حصوں پر اصم ہوتا ہے جو جگر اور طحال سے متناظر ہوتے ہیں، یعنی جگر کے لئے دائیں جانب سامنے چھٹی پسلی کے بالائی کنارے سے یا پہلو میں آٹھویں پسلی سے نیچے کی پسلیوں پر، اور طحال کے لئے بائیں جانب اگلے بغلی خط سے ذرا پیچھے کو نویں، دسویں اور گیارھویں پسلیوں پر۔ گمگ اور اصمیت کے اضافی رقبے کھو کھلے احشا کے اندر گیس کی مقدار میں تغیرات واقع ہونے سے بہت کچھ تبدیل ہو سکتے ہیں، اور جگر اور طحال کے اصم رقبے دوران شہیق میں نیچے کی طرف اور دوران زفیر میں

اوپر کو ہٹ جاتے ہیں۔ مزید براں معدے، اور معاء کے مختلف حصوں کی قرعی آواز کی نوعیت میں بہت اختلاف ہوتا ہے۔

جگر اور طحال کی جسامت کی تبدیلیوں، یا ٹھوس رسولیوں اور دُویروں کی موجودگی سے اصمیت کے نئے رُقبے پیدا ہو جائیں گے، اور بالعموم اصمیت کے ساتھ مزاحمت بھی موجود ہوتی ہے جو جس کرنے پر محسوس ہو سکتی ہے۔ چونکہ ان تبدیل شدہ حالتوں کا حوالہ مختلف احشار کے امراض کے تحت ہمیشہ دیا جائے گا، لہذا یہاں اُن کی تفصیل لازمی نہیں۔ قرع سے ہمیں استسقاءِ شکمی (جو ملاحظہ ہو) کی شناخت کا ایک دوسرا قیمتی طریقہ ہاتھ آتا ہے۔

استماع۔ التہاب باریطون میں کبھی کبھی جگر پر اور دوسرے مقامات پر فرک کی آوازیں سنائی دیتی ہیں۔ شکمی انورسماؤں کے ساتھ خرخر موجود ہو سکتے ہیں۔ اگر اعور کے خطے پر استماع کیا جائے تو لفائفی اعوری مصراع کی راہ سے معائی مافیہ کے گزرنے کی وجہ سے تھوڑے تھوڑے وقفوں سے آوازیں سنائی دیتی ہیں۔ حاد التہاب کی حالت میں یہ حرکات موقوف ہو جاتے ہیں، چنانچہ جب حاد التہاب زائدہ (acute appendicitis) کا شبہ ہو تو استماع مفید ہو سکتا ہے۔

لاشعاعوں کے ذریعہ امتحان۔ مَری، معدے اور قنال غذائی کے امتحان کیلئے مریض کو ایک کھانا دیا جاتا ہے اور اس میں کوئی ایسا نمک ملا ہوا ہوتا ہے جو لاشعاعوں کیلئے غیر شفاف ہوتا ہے، مثلاً بیریم سلفیٹ (barium sulphate) یا بسمتھ کاربونیٹ (bismuth carbonate) یا آکسی کلورائڈ (oxychloride)۔ تفصیلات علی الترتیب اعضا کے بیان کے تحت درج کئے گئے ہیں۔ قولون کے امتحان کے لئے ایک غیر شفاف حقنہ کا استعمال بھی کیا جا سکتا ہے۔ دوسرے اعضا کا امتحان کرنا ہو تو ملیّنات دے کر غذائی قنال کو حتی الامکان خالی کیا جاتا ہے اور شکم کے صفحے لئے جاتے ہیں۔ موافق حالات میں اس طریقہ سے صفراوی حصاۃ کی موجودگی دریافت کی جا سکتی ہے۔ مرارہ کو ظاہر کرنیکا گراہام کا طریقہ بعد میں بیان کیا گیا ہے۔

شکم بینی (cœlioscopy)۔ اس طریقہ میں نووکین کے ذریعہ علاقہ حسیت پیدا کر کے دیوارِ شکم میں ایک شگاف دیا جاتا ہے۔ کہفہ باریطونی کے اندر ہوا داخل کیجاتی ہے اور اس کے مافیہ کو ایک شکم بین (laparoscope) کے ذریعہ سے دیکھا جاتا ہے۔ یہ طریقہ

خالصتاً تشخیصی اغراض کے لئے اُس وقت جب کہ ایک استقصائی شکم شگافی ناجائز ہو استعمال کیا جاتا ہے (۱)۔

شکم حاد

(acute abdomen)

بہت سی حاد شکمی حالتوں میں جرّاحی دست اندازی سے جو موافق نتائج حاصل ہوئے ہیں ان کے پیش نظر تشخیص کی اہمیت جتنی بھی بیان کی جائے کم ہے۔ اگرچہ مختلف حاد حالتوں کے ممیّز نشانات بعد میں مختلف امراض کے تحت بیان کئے جائیں گے، تاہم مناسب خیال کیا جاتا ہے کہ یہاں مریض کے امتحان کے متعلق چند نکات درج کئے جائیں اور اُن حالتوں کی ایک فہرست دی جائے جو شکم حاد یا اُس سے مشابہ علامات پیدا کر سکتی ہیں۔

سابقہ سرگذشت سے نہ صرف یہ ظاہر ہو جائے گا کہ آیا ایسے ہی حملے پہلے ہو چکے ہیں بلکہ یہ بھی کہ آیا کوئی اشارہ کن علامات ہو چکے ہیں، مثلاً سوء ہضم کی سرگذشت، جو کہ ایک مثقوب معدی قرحہ (peptic ulcer) یا حاد التہاب زائدہ کا پیشرو ہوتا ہے۔ حیض کی سرگذشت، اور یرقان، قئے الدم، دم بولیت کے سابقہ وقوع کے متعلق دریافت کرنا چاہیئے، نیز یہ کہ وزن میں کوئی تازہ کمی تو نہیں ہوئی ہے۔ موجودہ حالت کی سرگذشت میں یہ سوالات شامل ہوں گے کہ حملہ کا آغاز حاد طور پر ہوا ہے یا تدریجی طور پر۔ درد کا مقام اور اُس کی نوعیت کیا ہے؟ آیا وہ حرکت کر گیا ہے یا کسی خاص سمت میں دوڑتا ہے؟ آیا درد کے ساتھ قئے کا کوئی تلازم ہے؟ قئے کس نوعیت کی ہے؟ آیا متلی موجود ہے؟ آنتوں کی حالت کیسی ہے؟ امتحان غذائی نظام کے متعلق ہی نہیں بلکہ مکمل ہونا چاہیئے تاکہ اُس سے درون صدری ضررات، مثلاً پلوری ذات الریۂ التہاب تامور، اور حاد امتلائی فشل قلب مع الکلیلی علقیت کے، ہزال نخاع کے معدی بحرانات اور گردوں اور بولی خطہ کے ضررات، یعنی التہاب گردہ وحوض گردہ (pyelonephritis)، التہاب گرد گلوی (peri-nephritis)، حاد التہاب مغز استخوان (osteomyelitis) اور شوکہ کے مرض پاٹ (pott)، اور سمّی حالتوں، یعنی یوریا دمویت (uræmia)، ذیابیطسی توما اور دوری قئے (cyclical vomiting) کی تشخیص ہو جائے۔ تو لنج نہایت حاد شکمی علامات

پیدا کر سکتے ہیں، یعنی معائی قولنج، رصاصی قولنج (lead colic) صفراوی قولنج (biliary colic) اور قولنج کلوی (renal colic) جس کے ساتھ آگزلیٹ بولیت (oxaluria) بھی شامل ہے۔ اس کے علاوہ عضوی دروں شکمی حالتیں پائی جاتی ہیں، یعنی التہاب زائدہ، منقوب معدی قرحہ اور کبھی کبھی منقوب معائی قرحہ۔ حاد معائی تسدد خواہ اس کے ساتھ تخنیق ہو یا نہ ہو، حاد التہابِ مرارہ (acute cholecystitis) التہاب عطفہ (diverticulitis)، نزفی التہاب لبلبہ، نبقی ریوی اور ثانوی التہابِ باریطون حمل بے محل (ectopic gestation)، التہاب انبوبہ (salpingitis) اور دوسری امراض النسائی حالتیں۔ ماساریقی علقیت اور سداویت، ہینوک کا پر پورا (Henoch's purpura) اور دوسرے دروں شکمی نزفات اور تقطیعی اورطی الورسما (dissecting aortic aneurysm)۔

321

دوسری ممکن حالتیں یہ ہیں:۔ شکمی انفلوئنزا، تدرن، بالخصوص لفائفی اعوری غدد کا، میاسث معویہ غذائی تسمم تقیحی التہاب ورید الباب (pylephlebitis) اور مداریتی ممالک میں امیبائی زحیر، التہاب جگر اور ملیریا۔

التہاب الفم

(STOMATITIS)

منہ کے التہاب یا التہاب الفم (stomatitis) کا وقوع ایک عام نازلتی حالت کی حیثیت سے ہوتا ہے جو گالوں کی اندرونی سطح، مسوڑھوں، اور لبوں کو ماؤف کرتی ہے، اور نسبتہً زیادہ محدود المقام شکلوں میں اسکا وقوع قلاعی (aphthous) تقرحی (ulcerative) یا گنگرینی التہابات الفم کی حیثیت سے ہوتا ہے جو تقریباً یقینی طور پر خرد عضویوں کے باعث ہوتے ہیں۔ اس کے ساتھ ہی یہ ظاہر ہے کہ بعض خاص حالات خرد عضویوں کے عمل کے لئے ضروری ہوتے ہیں، کیونکہ تندرست اشخاص کے دہنوں میں بھی بے شمار خرد عضویے پائے جاتے ہیں، جن میں نبقات عنبیہ، نبقات سبحیہ، ٹارولی (torulæ) اور بعض اوقات نبقات ریویہ، اور خناق وائی کے عصیے شامل ہیں۔

بعض جلدی امراض کے ضررات خدی غشاء مخاطی کو بھی ماؤف کردیتے ہیں، مثلاً نملہ (herpes)، داء الفقاع (pemphigus) اور شری (urticaria) کے۔ نملی التہاب الفم (herpetic stomatitis) ایک حالت ہے جس میں بے شمار چھوٹے چھوٹے قروح تمام مسوڑھوں پر اور گالوں کے اندر پائے جاتے ہیں۔ یہ قروح اس قدر الیم ہوتے ہیں کہ غذا سیال یا آدھ ٹھوس ہونی چاہیے، کیونکہ تمضغ ناممکن ہو جاتا ہے۔ علاج یہ ہو کہ گلسرین بوراسس (glyc. boracis) کا بار بار الساق کیا جائے۔

اس التہاب الفم کو جو صرف مسوڑھوں تک محدود ہو التہاب لثہ (gingivitis) کہتے ہیں۔ التہاب لثہ کی مختلف قسمیں داء الحفر (اسقربوط) (scurvy) اور حاد سفید خونی عدم دمویت (acute leukæmia) میں، اور امراض دندان کے مقامی نتائج کے طور پر جو فیزی ریمی سیلان (pyorrhœa alveolaris) کی شکل میں دیکھی جاتی ہیں بسنی بوسیدگی کی تحریز کے لئے ملاحظہ ہو حیاتین د۔

عفونت دہن (oral sepsis)۔ دانتوں کی تندرست حالت کی اہمیت پر نہ صرف التہاب الفم بلکہ عام خرابی صحت کی حالتوں میں بھی خاص زور دینا ضروری ہے۔ حاد جو فیزی پھوڑے کے علاوہ تین حالتیں ایسی ہیں جو طبی نقطۂ نظر سے اہم ہیں:— (۱) ہس راسی امریکی سلعہ، جسے بسا اوقات غلطی سے سن راسی پھوڑا کہا جاتا ہے، جو مرض شدہ دانتوں کی جڑوں اور ایسے دانتوں کی جڑوں کے گرد بنتا ہے جو حیوبیت ربودہ ہو گئے ہیں۔ یہ ہمیشہ نبقات سبحیہ سے سرایت زدہ ہوتے ہیں، جو بالعموم غیر خون پاش قسم کے ہوتے ہیں۔ چونکہ امریکی سلعہ کی دیوار موٹی ہوتی ہے، اور دوران تخریج میں وہ دانت کے ہمراہ نکل آتا ہے، لہٰذا جسم کے اندر اس کے انتشار کا اتنا خطرہ نہیں ہے کہ جتنا ماتقیف التہاب العظم میں ہوتا ہے، جو کہ بعد میں بیان کیا جائے گا (2)۔ ممکن ہے کہ عام خرابی صحت کے علامات اور تکان اور عدم دمویت موجود ہوں۔ یہ بھی اغلب ہے کہ بعض مجہول المبدا امراض کا سبب آئندہ زمانہ میں یہی سمجھا جائے — بالخصوص ذبحیہ صدریہ، رثیت آسا التہاب مفصل (rheumatoid arthritis)، ساری التہاب دروں قلب (infective endocarditis)، متوالی معدی اور اثناعشری قروح، التہابات چشم (یعنے التہاب قزحیہ (iritis)، التہاب قرنیہ (keratitis)، التہاب مشیمیہ

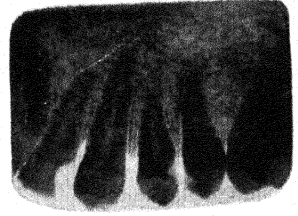
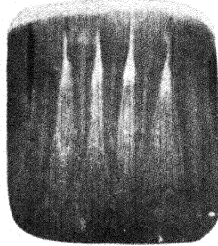
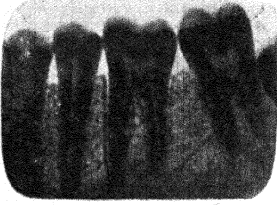
(choroiditis)] تن راسی اریکی سلعہ کا نتیجہ ہو سکتے ہیں۔ یہ ظاہر ہے کہ مردہ دانتوں کو نکال دینا چاہیئے۔ لیکن یہی کافی نہیں، کیونکہ ممکن ہے کہ اُس وقت بھی جب کہ دانت تندرست نظر آتا ہو اور اُسے ٹھک ٹھپانے سے نہ کوئی درد اور نہ کوئی الیمیت محسوس ہوتی ہو ایک اریکی سلعہ موجود ہو۔ واحد صحیح طریقہ یہی ہے کہ دندانی شعاع نگارشیں لی جائیں، جن میں جڑوں کے مقام پر صاف فضا کی موجودگی سے اریکی سلعہ کی شناخت بآسانی ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے جڑ بجائے خود جذب ہو جائے۔ سرایت سے پیدا شدہ ان فضاؤں کو بعض تشریحی خصوصیتوں سے تمیز کرنا چاہیئے، مثلاً بالائی جبڑے میں، حنکی حفرہ جو کہ مرکزی ثنایا کے راسوں کے درمیان ہے، اور اُس سے اوپر انفی حفرات، فکی مغارہ جو کہ طواحن اور ضواحک کی جڑوں کے قریب ہے۔ زیریں جبڑے میں، تحتانی سنی قنال کا خط جو کہ طواحن کے راسوں کے نیچے ہے، اور ذقنی سوراخ جو کہ ضواحک کے نیچے ہے۔

(۲) جوفینری ریمی سیلان، جس میں مزمن التہاب ہوتا ہے اور اُس کے ساتھ دانتوں کی جڑوں کے گرد کی ہڈی جذب ہو جاتی ہے۔ یہ گرد سنی غشا کی دبازت کی حیثیت سے شروع ہوتا ہے (جڑوں کے عین گرداگرد کا شفاف رقبہ)، اور ممکن ہے مسوڑھے کے حاشیہ تک محدود المقام رہے یا تمام جڑ کے گرد پھیل کر عمومی ہو جائے۔ ورقۂ جافہ (lamina dura) (جو کہ گرد سنی غشا کے گرد ایک غیر شفاف خط ہے) معدوم ہو جاتا ہے۔ دانتوں کے درمیان جیبیں بن جاتی ہیں۔ جیب کا فرش دانتوں کی جڑوں کے درمیان نسبتہً زیادہ چوڑا ہوتا ہے، اور اُس کا فتحہ تنگ ہوتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ غذائی ملبے اور پیپ سے بھر جاتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۹)۔ میلیت میں جس قدر رکاوٹ ہوگی جوئے خون کی سرایت کا وقوع اسی تناسب سے ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ جب پیپ کا اخراج آزادانہ ہوتا ہے تو خرد عضویے نگلے جا سکتے ہیں اور پھر وہ مختلف غذائی اختلالات پیدا کر دیتے ہیں۔ لیکن عضویوں کو نگلنے کی نسبت جوئے خون کی سرایت غالباً زیادہ خطرناک ہوتی ہے۔ گوڈرش (Goodrich) اور موزلی (Moseley) کی رائے ہے کہ جوفینری ریمی سیلان اولاً دہن کے نحیف شعریہ (leptothrix) کی وجہ سے ہوتا ہے۔ لیکن اس کے ساتھ دوسرے عضویے، نبقات سبحیہ وغیرہ بھی ہمیشہ پائے جاتے ہیں، اور یہ اُن مختلف امراض کا سبب ہوتے ہیں جو جوفینری ریمی سیلان سے ثانوی طور پر پیدا

322

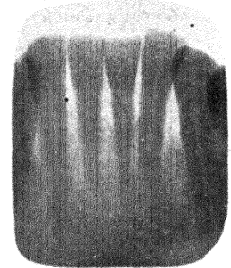
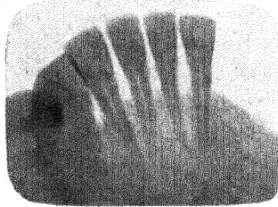
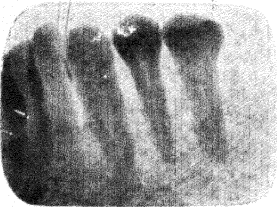
١

٢

٣

شکل ١-٢-٣- دانتوں کی شعاع نگاشتیں جن میں جوفیز طبعی ہے۔ ثنیتی خطہ میں دانتوں کے درمیان باریک نوک والے شوکے (گاتھک Gothic: شوکے) اور طاحنی اور ضاحکی خطہ میں چپٹی عظمی لوحیں دیکھنی چاہئیں۔ شکل ١ میں طبعی مغارہ ایک نسبتہً صاف فضا کے طور پر نظر آ رہا ہے اور اس کا حاشیہ خوب واضح ہے۔

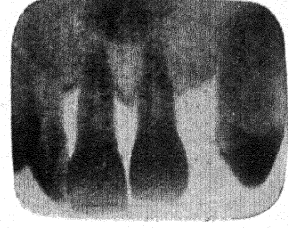
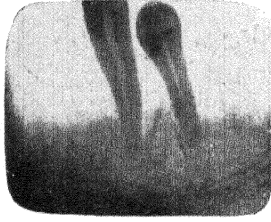
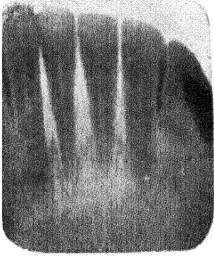
٤

٥

٦

شکل ٤-٥-٦- جبڑے کی شعاع نگاشتیں جن میں عاجل جوفیزی ریمی سیلان نظر آتا ہے۔ دانتوں کے درمیان اور گرد کسی قدر جوفیزہ تلف ہو گیا ہے۔ بارڈر کا اکثر حصہ دور کر دیا گیا ہے۔ (ایچ - ایم - ورتھ کی لی ہوئی فلموں سے)۔

٧

٨

٩

شکل ۷۔ ۸۔ ۹۔ شعاع نگاشتیں جو ترقی یافتہ ریمی جو فیزی سیلان ظاہر کرتی ہیں۔ جڑوں کے گرد جو فیزہ تقریباً بالکل تلف ہو گیا ہے۔

١٠

١١

١٢

شکل ۱۰۔ ۱۱۔ ۱۲۔ شعاع نگاشتیں جو دانتوں کی جڑوں کے گرد پھوڑے ظاہر کرتی ہیں۔ یہ صاف فضاؤں کے طور پر نظر آتے ہیں جن میں جڑیں بروز کرتی نظر آتی ہیں۔ شکل ۱۲ میں متاثرہ دانت میں ایک بھرت (filling) موجود ہے جو کہ لبی کہفہ میں اتر گئی ہے۔ بوجہ انجذاب خراجی کہفہ میں جڑ کی نوک کا کند پڑ جانا بھی ملاحظہ کرنا چاہئے۔ اس شکل میں بڑی اور صاف فضا طبعی مغارہ ہے (ایچ۔ ایم۔ ورتھ کی لی ہوئی فلموں سے)

ہوجاتے ہیں۔ ممکن ہے ملطف التہاب العظم معہ زندہ دانتوں کے راس کے انجذاب کے موجود ہو۔ یا صلابت آفریں التہاب العظم موجود ہو۔ آخرالذکر دانت کے راس پر (جو کہ بصلی بن جاتا ہے) جوفیزہ کی ہڈی کو معمول سے زیادہ کثیف بنا دیتا ہے (3)۔ ملطف التہاب العظم تبقی بھی سرایت کا نتیجہ بھی ہوسکتا ہے، جو کہ زیادہ تر خون ناپاشی قسم کی ہوتی ہے، اور اس کا انتقال جوئے خون کی راہ سے اس سے زیادہ آسانی سے ہوتا ہے کہ جتنا آسانی سے سن راسی ادیکی سلعہ میں ہوتا ہے (2)۔

عفونت دہن کی تحویض یعنی روک تھام کا یہ طریقہ ہے کہ دانتوں کو بالکل صاف اور ٹارٹار سے پاک رکھا جائے۔ اس کے ساتھ ہی اس امر کی انتہائی احتیاط رکھنی چاہیے کہ برش سے زیادہ سختی کے ساتھ رگڑنے سے مسوڑھا عادتاً زخمی نہ ہوتا رہے۔ غذا میں کافی حیاتینیں ہونی چاہئیں۔ سن راسی ارایکی سلعہ کا علاج یہ ہے کہ دانت نکال دیا جائے، اور زیادہ بڑھے ہوئے جوفیزی ریمی سیلان کے لئے بھی یہی بیان درست ہے، کیونکہ اس حالت کا کوئی شافی علاج نہیں ہے۔ دانت کو نکالنے سے چند روز پہلے دو جداگانہ موقعوں پر دانت کو کھرچ (scale) کر اور دوسرے طور پر صاف کر لینا مناسب ہے، کیونکہ اس سے عفونی جذب کے رکنے کا رجحان ہوگا۔ اس کے علاوہ حتی الامکان تمام خراب دانتوں کو ایک ہی مرتبہ نکال لینا بہتر من ہے (4)۔ تخفیفی علاج یعنی جیبوں کو وقتاً فوقتاً دھو کر صاف کرتے رہنا بھی اختیار کیا جاتا ہے۔

تھائمال (thymol) کا آبی محلول ایک مفید غسول دہن ہے، کیونکہ یہ ایک خاص طور پر قوی دافع عفونت دوا ہے۔ تھائمال پانی کے اندر بہت ہی خفیف حل پذیر ہوتا ہے، چنانچہ صرف اتنی ضرورت ہے کہ پانی کی ایک بوتل میں اس کی دو یا تین قلمیں ڈال کر اسے کچھ عرصہ تک رکھا رہنے دیا جائے۔ اگر بیرونی تپش بلند ہو تو یہ محلول زیادہ قوی ہوجاتا ہے اور منہ میں ایک جلن کا احساس پیدا کر دیتا ہے، لہٰذا اسے استعمال سے پہلے ہلکا کر لینا چاہیئے۔

نازلتی التہاب الفم
(catarrhal stomatitis)

اسباب۔ نازلتی التہاب الفم اولاً تو کیمیائی یا میکانی خراش سے پیدا

ہوسکتا ہے، جیسے کہ ترشوں اور قلویات کے تماس کثرت شراب نوشی، یا ٹوٹے ہوئے یا بوسیدہ دانتوں کی موجودگی سے۔ دوم وہ ایسے التہاب سے پیدا ہوسکتا ہے، جو ہم پہلو حصوں سے پھیل آئے، جیسے کہ ناک یا انفی بلعوم سے۔ سوم بعض سموم کے عمل سے، یعنے پارے، جست اور سنکھیا سے۔ اور چہارم بعض عمومی اور بیشتر ساری حالتوں کی وجہ سے، جیسے کہ کھسرا، چیچک، آتشک، داء الحفر، سفید خونی، عدم دمویت، وغیرہ سے۔

علامات یہ ہیں:۔ مسوڑھوں، لبوں اور گالوں کی اغشیہ مخاطیہ کا ورم اور زائد سرخی، زبان کا ورم، کثرت ریق اور غدّی مخاط کے افراز کا بڑھ جانا، جو سطح پر ایک ضماد کی طرح چپک جاتا ہے، اور ہم پہلو لمفائی غدد کا ورم۔ چبانے اور نگلنے میں درد ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ سانس بدبودار ہو۔ بعد کے درجوں میں خراشیدگی اور اوپری تقرح واقع ہو جاتا ہے۔

علاج۔ حتی الامکان خراش کے تمام اسباب دور کئے جائیں، اور دافع عفونت غسولات کام میں لائے جائیں، جیسے کہ بورک ایسڈ (۲ تا ۵ فی صدی) پوٹاسیم کلوریٹ (۳ فی صدی)۔ اور مابعد درجوں میں نسبتہً بہت زیادہ قابض محلولات، جیسے کہ پھٹکری (alum) (۵ گرین فی اونس)، یا گلیسرین آف ٹاینن (glycerine of tannin)۔

قلاعی التہاب الفم

(aphthous stomatitis)

یہ بچوں میں ہوا کرتا ہے، بالخصوص پہلے اثغار کے زمانہ کے قریب میں، اور بالغوں میں اکثر ہوتا ہے۔ اس میں یہ ہوتا ہے کہ مسوڑھوں اور زبان پر اور لبوں اور گالوں کی اندرونی سطح پر گول رمادی چکتیاں، یا قلاعات بن جاتے ہیں۔ یہ قطر میں ۲ تا ۵ ملی میٹر اور سطح سے قدرے ابھرے ہوئے ہوتے ہیں، اور اگرچہ آبلوں کی طرح نظر آتے ہیں لیکن درحقیقت سرحلمہ کے نیچے ایک فائبرینی ارتشاح ہونے کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ کچھ عرصہ کے بعد سرحلمہ جھڑ کر گر جاتا ہے، اور چھوٹے، رمادی رنگ کے قروح رہ جاتے ہیں جن کے حاشیئے تنگ اور سرخ ہوتے ہیں۔ مبتلا شدہ بچے بے چین ہوتے ہیں اور

323

انھیں کسیقدر تپ ہوتی ہے، ریق کی خفیف سی زیادتی ہوتی ہے، اور دودھ پینے میں یا چبانے میں درد ہوتا ہے۔ یہ قروح چند روز میں مندمل ہوجاتے ہیں، لیکن بعض مریضوں میں ممکن ہے کہ پھر نمودار ہوجائیں۔ بالغوں میں قلاعات اتنے بے شمار نہیں ہوتے جتنے کہ بچوں میں۔

علاج۔ دافع عفونت غسولات اور کلیسیرینم بوراسس (glycerinum boracis) استعمال کئے جاتے ہیں۔ بالغوں میں نائٹریٹ آف سلور (nitrate of silver) کے لگانے سے درد فی الفور کم ہوجاتا ہے اور اکثر جلد شفا ہوجاتی ہے۔

گنگرینی التہاب الفم

(gangrenous stomatitis)

یہ مرض جسے آکلتہ الفم (cancrum oris or noma) بھی کہتے ہیں کمزور بچوں میں ہوتا ہے، یا ایسے بچوں میں جو خراب حفظان صحت کے حالات میں ہوں، یا ایسے بچوں میں جو ساری مرض سے صحتیاب ہو رہے ہوں جن میں خسرا اور تپ محرقہ عام ترین ہوتے ہیں۔ یہ جراثیمی سرایت کی وجہ سے ہوتا ہے۔ تغیرات بہت سریع الوقوع ہوتے ہیں۔ گال کی اندرونی سطح پر تصلب کا ایک چھوٹا سا نقطہ پیدا ہوجاتا ہے، اور جلد ہی گال کی ساری دبازت سخت ہوکر مرکز میں سیاہ اور آس پاس متغیر ہوجاتی ہے بہ الفاظ دیگر ایک خشیشہ بن جاتا ہے۔ اگر یہ بڑھتا رہے تو گال میں سوراخ ہوجائے گا، اور اگر یہ لبوں پر ہے تو مسوڑھا ماؤف ہوکر دانت گر پڑیں گے۔ درد یا تپ بہت کم ہوتی ہے، لیکن بچہ جلد خستہ ہوکر مرجاتا ہے۔

علاج۔ بچہ کو بچانے کا واحد طریقہ یہ ہے کہ ماؤف حصہ کو فی الفور نائٹرک ایسڈ سے تلف کردیا جائے یا چاقو سے اس کا استیصال کردیا جائے۔ علاوہ ازیں بچہ کو غذا اور مہیجات سے سہارا دینا چاہیئے۔

قلاع

(thrush)

قلاع کمزور اور ناقص تغذیہ رکھنے والے شیر خواروں میں اور بالخصوص ان میں

جنھیں ہاتھ سے غذا دیجاتی ہے، یا جو اسہال میں مبتلا ہوں، اور بالغوں میں لاغری پیدا کرنے والے امراض کے آخری درجوں میں مثلاً سِل ریوی (phthisis)، سرطان، اور تپ محرقہ میں دیکھا جاتا ہے۔ لبوں، گالوں، مسوڑھوں، تالو اور زبان کی غشائے مخاطی پر دودھ جیسی سپید چکتیاں ہوجاتی ہیں، جو شکل میں بے قاعدہ، منتشر یا مجتمع، سطح سے قدرے اوپر اٹھی ہوئی، اور ایک باریک سرخ لکیر سے گھری ہوتی ہیں۔ اگر ایک ایسی چکتی کو چھیل کر نکال دیا جائے، تو اُس کے نیچے کی غشائے مخاطی شوخ سرخ رنگ کی پائی جاتی ہے، بلکہ اس جگہ سے کسیقدر خون بہتا ہے، اور تھوڑے عرصے کے بعد چکتی پھر بن جاتی ہے۔ وہ سرحلمی چھلکوں، تھمی گلو بیوں، اور ایک فطر، یعنی بو یضی فطر ابیض (oidium albicans) کے بذروں اور فطری جال (mycelium) پر مشتمل ہوتی ہے کیسٹیلانی (Castellani) کی رائے ہے کہ مدارینی ممالک میں قلاع بہت سی قسموں کے فطر کے باعث ہوسکتا ہے۔ یہ فطر پہلے سرحلمہ کی درمیانی تہوں میں نمو یاب ہوتا ہے اور پھر وہاں سے اوپری اور گہری تہوں کے طرف دونوں سمتوں میں پھیلتا ہے۔ اغلب ہے کہ اُس التہاب الفم کا سبب جو اس کے ساتھ ہوا کرتا ہے، فطر کی بالیدگی ہے۔ لیکن ووگیل (Vogel) نے بیان کیا ہے کہ دہن کے افرازات، جو سپید چکتیوں کے نمودار ہونے سے پہلے ترشئی ہوتے ہیں، فطر کے جماؤ میں ممد ہوتے ہیں۔ جن بچوں کو قلاع اور اسہال ہوتا ہے، اُن میں اکثر اوقات مبرز کے گرد التہابات ہوتے ہیں، جس کی بنا پر عوام کا یہ خیال ہے کہ قلاع بچہ کے " اندر سے گذرتا ہوا نیچے سے نکل گیا ہے "۔ لیکن گوشدید اصابتوں میں قلاع بلعموم اور مری تک پھیل جاسکتا ہے، تاہم وہ استوانی سرحلمہ سے ڈھکے ہوئے حصوں پر نہیں واقع ہوتا۔ یہ مبرزی طفح یا تو احمرار تسمیطی (erythema intertrigo) یا پیدائشی ناریہ (congenital syphilide) ہوتا ہے۔ قلاع سے کسیقدر مقامی تکلیف اور نگلنے یا دودھ پینے میں درد پیدا ہوجاتا ہے لیکن ان کے علاوہ جو علامات ہوں وہ بالخصوص صحت کی ماسبق حالت کی وجہ سے ہوتے ہیں۔

علاج۔ مریض کی عام حالت کی اصلاح کرنی چاہیئے۔ شیر خواروں میں غذا کو مناسب بنانا اور اسہال کو روکنا چاہیئے۔ کھانے کے بعد ہر بار منھ کو ایک نرم کپڑے کے ایک تازہ ٹکڑے سے پونچھکر صاف کردینا چاہیئے، اور چکتیوں کو بورکیس (borax) کے محلول (۱۰ گرین ایک اونس میں) سے چھو دینا چاہیئے، یا قدرے گلیسرین آف بورکیس

(glycerine of borax) منہ کے اندر باقی رہنے دینا چاہیئے ۔

324

مری کا تسدد

(OBSTRUCTION OF THE ŒSOPHAGUS)

یہ غذائی نالی کے اِس حصے کی اہم ترین امراضیاتی حالت ہے ۔ اِس کے اسباب یہ ہیں:۔ اجسامِ غریبہ کا پھنس جانا' جیسے کہ مصنوعی دانتوں کا ۔ واسطی بالیدوں (mediastinal growths) اور نہایت ہی شاذ طور پر صدری انورسماؤں کا باہر سے دباؤ ڈالنا ۔ خود نالی کی دیواروں میں سرطانی یا دوسرے سلعات کی بالیدگی ۔ اکال سموم سے متضرر ہو جانے کے بعد اِس میں جو قروح پیدا ہو جائیں اُن کے انقباض سے تضیق پیدا ہو جانا ۔ عضلی دیواروں کا فعلی تشنج ۔ فؤاد کا عدم ارتخاء یعنے تشنج الفواد (cardio-spasm) عطفے ۔ آخری چار حالتوں پر علٰحدہ علٰحدہ غور کیا جائے گا ۔

مری کا سرطانی سلعہ

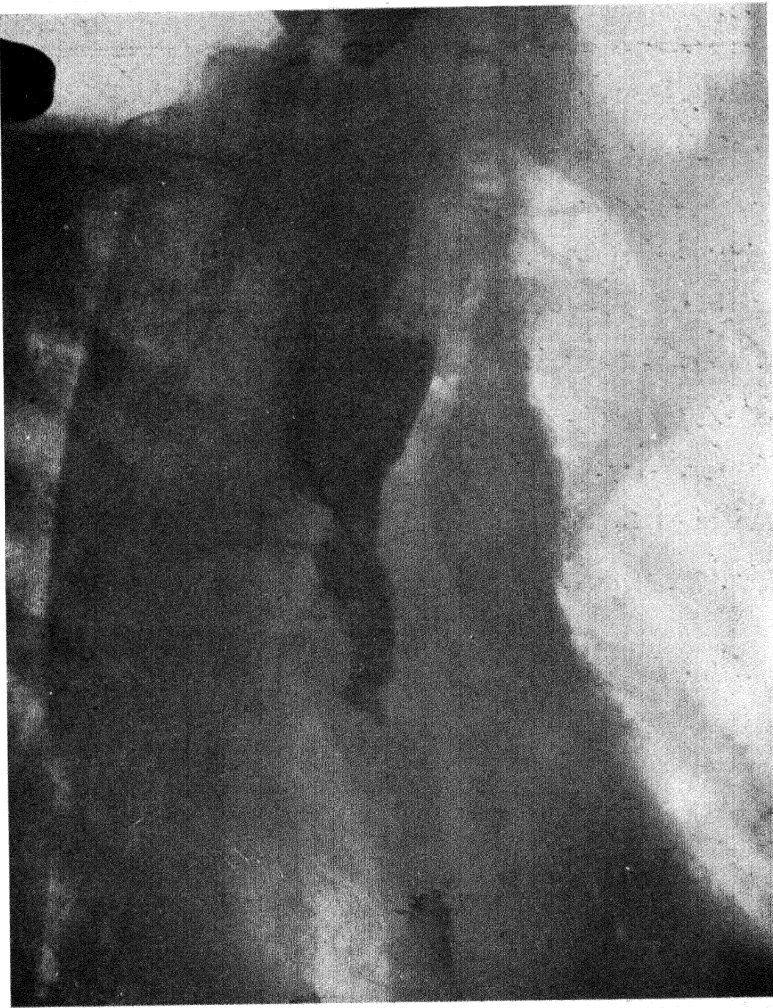
(carcinoma of the œsophagus)

یہ عموماً بڑی عمر میں ہوا کرتا ہے' اور عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ ہوتا ہے ۔ یہ بالید مری کے بالائی ثلث کے نسبت زیادہ کثرت کے ساتھ اسکے درمیانی اور زیرین ثلث میں واقع ہوتی ہے' لیکن قصبۃ الریہ کی دوشاخگی کے مقابل' اور مری کی فؤادی انتہا پر وہ بالخصوص کثیر الوقوع ہوتی ہے ۔ مری کا سرطان ہمیشہ اوّلی ہوتا ہے ۔ رفتہ رفتہ وہ اندرون مری میں ناہموار منقرح سطح پیدا کر دیتا ہے ۔ رسولی مری کو جزئی یا کلی طور پر گھیر لیتی ہے اور انتصاباً تا انا ہم انچہ تک پھیلتی ہے ۔ مزید برآں یہ اکثر قصبۃ الریہ یا پھیپھڑے کی جڑ کو ماؤف کر دیتی' یا باز گرد حنجری اعصاب پر دباؤ ڈالتی ہے ۔ واسطی لمفی غدد بڑے ہو جاتے ہیں' اور عام طور پر عنقی غدد بھی ابتدا ہی سے بڑے ہو جاتے ہیں ۔

علامات ۔ پہلی اور نمایاں علامت عسر البلع ہے ۔ مریض ٹھوس چیزیں نگلنے میں دقت محسوس کرتا ہے' جب کہ وہ سیالات بہ آرام اُتار سکتا ہے ۔ یہ دقت بتدریج زیادہ ہوتی

جاتی ہے، اور بالآخر ٹھوس غذا چھوڑ دینی پڑتی ہے۔ صرف مائعات لئے جا سکتے ہیں، اور اگر ایک وقت میں ایک منہ بھر سے زاید مائع لینے کی کوشش کی جائے تو وہ واپس نکل آتا ہے۔ اور ممکن ہے کہ مریض کو اچھو لگ جائے۔ درد عموماً نہیں موجود ہوتا۔ چند ہفتوں کے بعد مریض دُبلا ہونا شروع ہوتا ہے اور اس کی طاقت و توانائی کم ہوتی جاتی ہے۔ یہ علامات عموماً ترقی پذیر ہوتے ہیں، لیکن کبھی کبھی رسولی کی سطح پر سے بعض حصوں کے ریزہ ریزہ ہو کر علیحدہ ہو جانے کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ مری کا قطر یہ پھر بڑا ہو جاتا ہے، اور مریض کی حالت میں عارضی اصلاح ہو جاتی ہے۔ اگر کوئی تدارک نہ ہو سکا ہو تو محض خستگی سے یا پیچیدگیوں کے باعث موت واقع ہو جاتی ہے۔ اس طرح پر بعض مریضوں میں رسولی کے پھیلنے سے قصبۃ الریہ کے ساتھ ارتباط واقع ہو جاتا ہے۔ غذا کے ریزے سانس میں اندر چلے جاتے ہیں اور عفونی شعبی ذات الریہ (septic broncho-pneumonia) شروع ہو جاتا ہے۔ دوسرے مریضوں میں نو بالید کا حملہ براہِ راست شُش پر ہوتا ہے اور گنگرین یا شعبی ذات الریہ جس کے ساتھ ممکن ہے کہ ذات الجنب یا تقیح الصدر بھی موجود ہو، مریض کو موت کے گھاٹ اُتار دیتا ہے۔ اور بھی دوسروں میں اس وقت جب کہ بالید بالائی سرے پر ہو، باز گرد حنجری اعصاب پر دباؤ پڑنے سے مِزمار کے عضلاتِ مُبعّدہ مشلول ہو جاتے ہیں، جس سے ممکن ہے کہ اختناق پیدا ہو جائے۔ شاذ اماتوں میں ایسا بھی ہوا ہے کہ رسولی نے اُورطیٰ کو کھا کر ہلاکت خیز نزف پیدا کر دیا۔ بالآخر، سرطان کے جماؤ دوسرے اعضا میں بھی پیدا ہو جاتے ہیں، بالخصوص جگر اور پھیپھڑوں میں۔ کبھی کبھی یہی موت کا سبب ہوتے ہیں، درانحالیکہ مری کے اندر کی بالید اس قدر خفیف ہوتی ہے کہ نگلنے میں کوئی دقت نہیں پیدا کر سکتی۔

تشخیص۔ پچاس سال سے اوپر کی عمر والے شخص میں بتدریج بڑھتا ہوا عسر البلع اماتوں کی غالب تعداد میں مری کے سرطانی سلعہ کے باعث ہوتا ہے۔ بعض اوقات ممکن ہے کہ عسر البلع کی حالت نظر انداز ہو جائے۔ مثلاً غذا مری کے اندر تنگی کے مقام سے اوپر ہی اوپر اتنے عرصہ تک ٹھہری رہے کہ اس کی باز ردی کو مریض یا کوئی غیر محتاط ممتحن غلطی سے قئے سمجھ لے، اور اس طرح ایک معدی ضرر کی غلط تشخیص ہو جائے۔ مریض اکثر وہ ٹھیک لیول بتا سکتا ہے جہاں تسدد واقع ہوتا ہے۔

صفحہ ۱۷

قصبتہ الرّیہ کی دوشاخگی کے مقام پر مری کی ایک سرطانی تضیق کی شعاع نگاشت جو کہ ترچھی وضع میں لی گئی ہے۔ بیریم سلفیٹ کے استحلاب جو کہ مریض نے نگل لیا ہے، مری کا بالائی سرا ابھرا ہوا نظر آتا ہے۔ بیریم کی باریک سی دھاری متسع حصہ کے پیندے سے مری میں نیچے گزرتی دکھائی دیتی ہے۔ بالیدگی کے سبب سے درونہ کی بے قاعدگی اچھی طرح دکھائی گئی ہے۔ بیریم کے سامنے کا سایہ اورطی کی محراب ہے۔ (مسٹر ڈبلیو لنڈسے لاک کے لئے ہوئے صحفہ سے)

مالقابل صفحہ 824

بِسمتھ کھلانے کے بعد اگر لاشعاع کا استعمال کیا جائے تو تسدد کی موجودگی کی نہایت آسانی کے ساتھ تصدیق کی جاسکتی ہے، اور اُس وقت تسدد کا ٹھیک مقام اور اُسکی وسعت بھی بتلائی جاسکتی ہے ۔ اِن شعاعوں سے یہ بھی ظاہر ہوجائے گا کہ ضرر مری کے اندر ہے یا باہر سے دباؤ پڑنے کا نتیجہ ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۷) ۔ جب تسدد مَری کے اندر واقع ہو تو پھر بھی سرطانی سلعہ، نَدبی یا تشنجی ضیق، عطفات، اور فؤاد کے عدم ارتخاء کے درمیان امتیاز کرنا ضروری ہے ۔ مَری بین کے ذریعہ راست معائنہ کرنا چاہئے ۔ عدم ارتخاء کی حالت میں مَری بہت متسع ہوتی ہے، لیکن رسولی کی صورت میں اتساع زیادہ نہیں ہوتا کیونکہ آخر الذکر حالت میں تسدد زیادہ حاد طور پر واقع ہوتا ہے ۔ ایک بند پولی نلی جس کے اندر اُسے وزنی کرنے کے لئے پارہ بھر دیا گیا ہو مَری کے اندر داخل کی جاسکتی ہے (Hurst) - رسولی کی حالت میں یہ نہیں گذریگی، لیکن عدم ارتخاء کی حالت میں عموماً گذر جائے گی ۔ بڑے اور سخت عنقی غدد کی موجودگی سے بھی رسولی کی تائید ہوتی ہے ۔

انذار ۔ یہ یکساں طور پر خراب ہوتا ہے ۔ اگر تسدد دور بھی کر دیا جائے تو بھی خبیث رسولی تھوڑے ہی عرصہ میں آگے پھیل کر مہلک ثابت ہوگی ۔ مدت حیات عموماً چھ سے بارہ مہینوں تک کی ہوتی ہے ۔

علاج ۔ اگر ایک چھوٹی جسامت والی شمعہ گذاری جاسکے تو ہر دوسرے یا تیسرے دن اُس کے استعمال سے راستہ کو کچھ عرصہ تک کھلا رکھا جاسکتا ہے ۔ لیکن غذا کے لئے راستہ کو کھلا رکھنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ ادخال انبوبہ اُس طریقہ میں جو کہ کرِشس ایبر (Krishaber) کا ایجاد کردہ ہے کچھ ترمیم کرلی جائے ۔ ایک انبوبہ تضییق کے آرپار گذار کرا سے کئی دن تک یا مستقلاً علیٰ حالہ رہنے دیا جاتا ہے اور مریض کو اسکی وساطت سے سیال غذا دی جاتی ہے ۔ اگر یہ تدابیر ناقابل عمل ہوں تو تفویہ معدہ (gastrostomy) کے عملیہ کے ذریعہ معدے کو کھول سکتے ہیں ۔ بعض اوقات مری کی بالید پر ریڈیم کے مقامی استعمال سے عنیق میں تخفیف حاصل کی جاتی ہے عمیق لاشعاعوں کے استعمال سے اچھے نتائج حاصل ہوتے ہیں ۔

325

ندبی تضیق

(cicatricial stricture)

اس میں بھی خاص علامت عسر البلع ہے۔ لیکن یہ سرطان سے اس امر میں مختلف ہوتا ہے کہ یہ ایک خاص درجہ سے ترقی نہیں کرتا، اور اس کے سوا کہ اس کے اوپر کی انبوبہ کا اتساع ہوتا ہے، کوئی دوسرا ثانوی اثر پیدا نہیں کرتا۔ اس اتساع کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ غذا ضیق کے مقام سے اوپر اکثر مجتمع ہو جاتی ہے اور کچھ عرصہ کے بعد واپس نکل آتی ہے۔

تشخیص۔ مری بینی کے ذریعہ متعین کی جاتی ہے۔

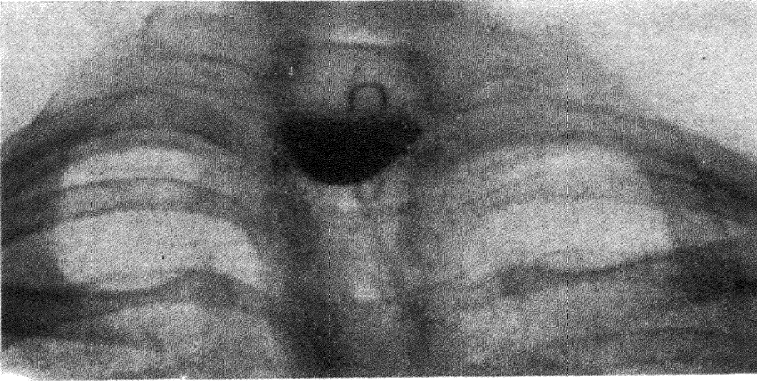
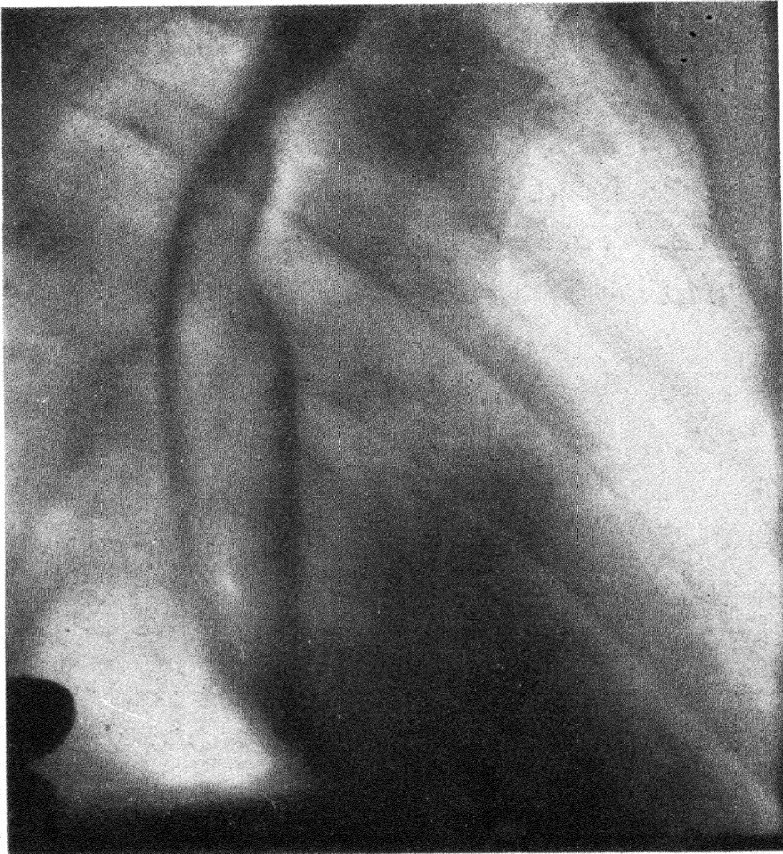
علاج میں کامیابی کا کافی موقع ہوتا ہے بشرطیکہ مجس یا پارے کی نلی تضیق کی راہ سے معدے کے اندر داخل کی جاسکے۔ اُسے باقاعدگی کے ساتھ دن میں ایک یا دو بار استعمال کرنا چاہیئے، اور رفتہ رفتہ زیادہ بڑے بڑے آلات گذارنے کی کوشش کرنی چاہیئے۔ ممکن ہے کہ مایع غذا کی ہمیشہ ضرورت پڑے۔ ناموافق اصابتوں میں تفویہ معدہ کا عملیہ مناسب ہوتا ہے۔

تشنجی تضیق

(spasmodic stricture)

درحقیقت یہ ایک بالکل عام حالت ہے، اگرچہ عموماً اس بات کا صحیح اندازہ نہیں کیا جاتا۔ نگلنے میں دقت ہوتی ہے، اور ساتھ ہی حلق اور سینہ میں ضیق کا ایک دردناک احساس (سوزش سینہ) ہوتا ہے۔ یہ تشنج لاشعاعوں سے پہچانا جاسکتا ہے (ملاحظہ ہو صحیفہ ۸ اَب)۔ ممکن ہے کہ وہ سوءالہضمی علاماتی مخلوط کی ایک خصوصیت ہو (ملاحظہ ہو صفحہ 333)، اور اس طرح سے بلع الہوا کے ہمراہ پایا جائے۔ درد غالباً مری کے اتساع کی وجہ سے ہوتا ہے جو اس کے ساتھ موجود ہوتا ہے جیسا کہ لاشعاعی ترسیم سے ظاہر ہے، تشنج مطلق نہیں ہوتا بلکہ غیر شفاف کھانے کا کچھ حصہ تضیق کے پار نکل ہی جاتا ہے۔

علائمیہ پلومر ونسن (Plummer-Vinson syndrome)۔ یہ ایک فعلی

صحفہ ۱۸

الف. مریوی عطفہ بیریم کھانے کے بعد۔ (شعاع نگاشت لنڈسے لاک نے لی ہے)

ب۔ سوزش سینہ میں ترچھے طور پر دیکھنے پر مری کی شعاع نگاشت۔ مری ہوا سے متمدد ہے اور بالائی اور زیرین دونوں سروں پر تشنج موجود ہے۔ (ڈبلیو۔ ڈبلیو پین: W. W. Payne اور ای۔ پی۔ پولٹن E. P. Poulton: (2) —)

عسر البلع ہے، جو ایسے مریضوں میں ہوتا ہے جن کو ثانوی عدم دمویت اور بعض اوقات تضخم الطحال کی شکایت ہوتی ہے۔ ناخن اکثر اوقات چمچہ نما ہوتے ہیں۔ یہ تقریباً خالصتہً عورتوں میں ہوتا ہے، اور اکثر مریض اپنے پورے دانت نکلوا چکے ہوتے ہیں۔ زبان صاف اور سرخ، اور بلعومی دیوار مجلی ہوتی ہے۔ یہ حالت پہلے پہل پیٹرسن (Paterson) اور براؤن کیلی (Brown Kelly) نے ۱۹۱۹ء میں دریافت کی تھی (5)۔ تسدد بلعوم اور مری کے مقام انصال پر واقع ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ نگلنے سے متعلق بلعومی عضلات کی کمزوری کی وجہ سے ہو، یا حلقی بلعومی عضلہ کے مرتخی نہ ہو سکنے کی وجہ سے ہو۔ علاج کا مقصد عدم دمویت کو اور شمعات گذار کر عسر البلع کو شفا دینا ہے (6)۔

فواد کا عدم ارتخاء

(achalasia of the cardia)

(تشنج الفواد = cardio-spasm) (تمدد مری = œsophagectasia)

(مری کا خود رَو اتساع = idiopathic dilatation of the œsophagus)

دیوار مری کا زیریں ۲ یا ۳ انچ، جو اکثر امتحانات بعد الممات میں مرضی حالت میں اور اوپر کی دیوار سے قدرے زیادہ موٹا نظر آتا ہے، فوادی عضلۂ عاصرہ ہے۔ زندگی کے دوران میں فواد اپنے طولی اور مدوّر ہر دو قسم کے عضلی ریشوں کے انقباض سے بند ہوتا ہے۔ ہر دوری حرکت کی موج کے آگے وہ ڈھیلا پڑ جاتا اور بالآخر پھر مضبوطی کے ساتھ منقبض ہو جاتا ہے، اور غالباً اس عمل کے دوران میں معدے کے اندر قدرے منتقد ہو جاتا ہے (7)۔ نگلنے کے بعد حرکت دوری مری کے بالائی سرے سے کسیقدر آہستہ آگے بڑھتی ہے اگرچہ سیّال غذا ایک دم نیچے چلی جاتی ہے۔ چنانچہ قبل اس کے کہ عضلۂ عاصرہ ڈھیلا ہو، سیال کا بیشتر حصہ چند ثانیوں تک اس کے اوپر رکا رہتا ہے۔

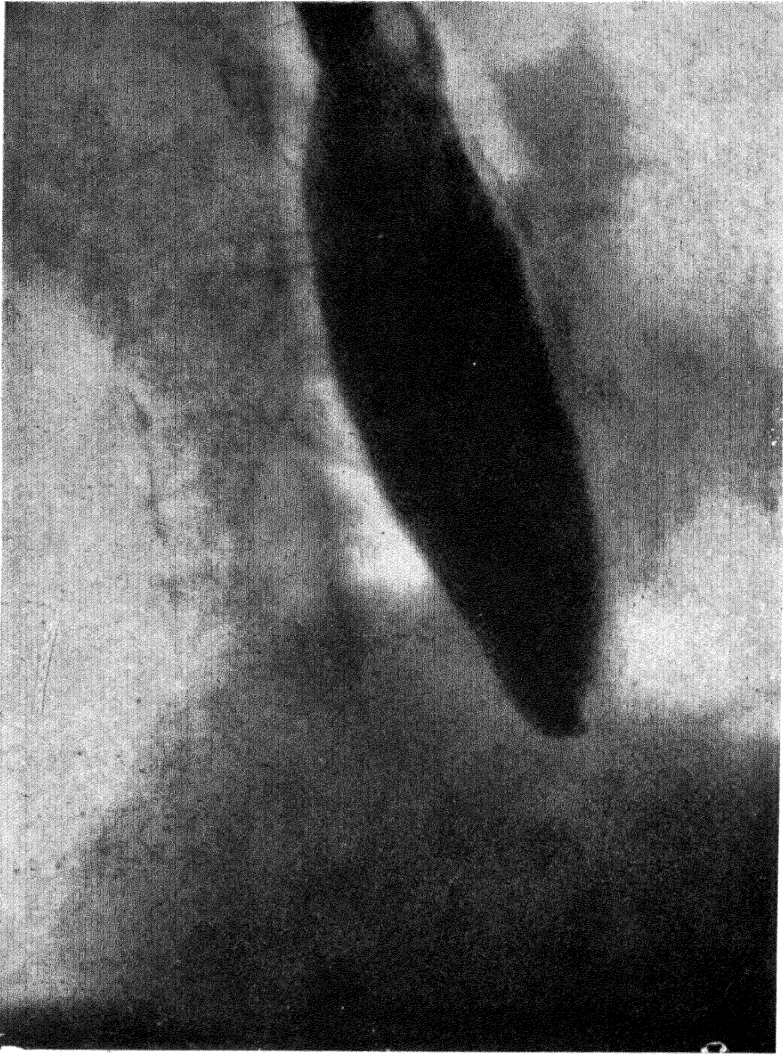
326

امراضیات۔ فواد کے عدم ارتخا (15، 16) یا تشنج الفواد کی حالت میں فواد بند رہتا ہے۔ لیکن جس مضبوطی کے ساتھ وہ بند رہتا ہے وہ مختلف اصابتوں میں اور مختلف اوقات پر مختلف ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ مجس ڈالنے میں وہ مطلق مزاحم نہ ہو، یا ممکن ہے اس کی مزاحمت ایسی ہو کہ اس پر غلبہ نہ حاصل ہو سکے (8)۔ یہ پایا گیا ہے کہ اوئرباخ کا

ضفیرہ جو طولی اور مدوّر عضلوں کے درمیان واقع ہے، ملتہب ہو جاتا ہے، اور زیادہ عرصہ کی اصابتوں میں تلف ہو جاتا ہے (9)۔ ابتدائی درجوں میں مَری کے شلول حصے سے اوپر عضلی طبقہ بیش پرورده ہو جاتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ غذا کامیابی کے ساتھ فواد کے آر پار گذر جاتی ہے اور کوئی علامات ظاہر نہیں ہوتے۔ بعد میں اتساع مختلف درجہ کی بیش پرورش کے ساتھ واقع ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ مَری کے مخاطی طبقہ میں بھی کچھ مزمن التہاب موجود ہو۔

ضفیرہ اُوَرباخ غالباً عصبِ تائیہ کے لیے ایک بدل چوکی ہے، اور یاد رکھنا چاہیے کہ خرگوش میں عصبِ تائیہ کی تہییج کرنے سے فواد مرتخی ہو جاتا ہے۔ لہٰذا عدم ارتخا کے متعلق یہ سمجھنا چاہیئے کہ یہ مَری کے زیریں سرے کا شلل تائیہ ہے جس سے عضلۂ عاصرہ حرکت دودی کی موجوں کے آگے بند رہتا ہے۔ چونکہ عصب مشارکی کے وہ ریشے جو عضلی ریشوں کو پہنچتے ہیں، غالباً صحیح وسالم رہ جاتے۔ اور غالباً عضلۂ عاصرہ کا انقباض پیدا کر دیتے ہیں، لہٰذا یہ تعجب خیز نہیں کہ عموماً ایک حقیقی فوادی تشنج دیکھا جاتا ہے۔

فواد کا عدم ارتخا تشنگ کے سبب سے ہو سکتا ہے، اور مطرانی ضیق (mitral stenosis) میں بھی ہوا ہے، جہاں قیاس ہوتا ہے کہ متسع بایاں اُذین عصب تائیہ کو دبا دیتا ہے۔ وہ معدی قرحہ اور سرطانی سلعہ کی حالت میں بھی واقع ہوا ہے۔ عموماً اُس کا کوئی ظاہرا سبب نہیں پایا جاتا۔

علامات۔ بعض اوقات اِس کے مریضوں میں برسوں تک یہ شکایت رہا کرتی ہے کہ نگلنے کے بعد انھیں حلق میں غذا کے چپک جانے کا احساس ہوتا ہے، شراسیف کے مقام پر حقیقی درد ہوتا ہے، غذا باز رو ہو جاتی ہے، یا ان کے بیان کے مطابق قے ہوتی ہے۔ یہ حالت اکثر بتدریج پیدا ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ ابتدائی تشنجی ہو، اور وقتاً فوقتاً عود کر آتی ہو۔ بسمتھ (bismuth) کی غذا لینے کے بعد لاشعاعی امتحان کیا جائے تو ظاہر ہوتا ہے کہ مَری متسع ہو کر ایک تکلہ نما جسم بن گئی ہے، جس کا زیریں سر انسبتہً زیادہ چوڑا ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۹ اور ۲۰)۔ ممکن ہے کہ یہ اتساع مَری بین سے بھی نظر آ جائے۔ مہلک اصابتوں میں مَری کے عریض ترین حصے کا اندرونی محیط۔ ۱۲ تا ۱۶ سینٹی میٹر (۵ تا ۶ انچ) ناپ تک پہنچ گیا ہے۔

ترچھے طور پر دیکھنے پر مری کی شعاع نگاشتیں جن میں مری کے اتساعات اور فواد کا عدم ارتخا دکھایا گیا ہے۔ پیندے کا تنگ حصّہ فواد کے مدخل کے مقام پر ہے۔ فقری عمود کے سامنے کا سایہ ڈایافرام ہے۔ (مسٹر ڈبلیو لنڈسے لاک کے لئے ہوئے صحفہ سے)

بالمقابل صفحہ 326

صحفہ ۲۰

صحفہ ۱۹ سے امتیاز کرنے کے لئے ایک طبعی مری کی شعاع نگاشت لی گئی ہے۔ ایک سریع تکشف منہ بھر بیریم کھانے کے دو تین سیکنڈ بعد کیا گیا اس وقت جبکہ ابھی فواد اتنا مرخی نہیں ہوا تھا کہ بیریم کو معدہ میں گر جانے دے۔ فواد کا دوہرا سایہ یعنی پیندے پر بیریم کی تنگ دھاری اس لئے ہے کہ دوران تکشف میں فواد کا مقام بیریم کے عمود کے وزن سے بدل گیا تھا۔ (ڈبلیو۔ ڈبلیو ہین اور ای۔ پی۔ پولٹن)

علاج۔ بعض اصابتیں مہلک ثابت ہوئی ہیں۔ دوسری اصابتوں میں مریضوں نے اس وقت کا ارتفاع مائع غذا سے، یا ٹھوس غذا کو نہایت احتیاط کے ساتھ چبانے سے کیا۔ اکثر پایا جاتا ہے کہ سیال انغوانہ جب مری کے طول کے برابر پہنچ جائے تو وہ سیال سکونی دباؤ کے زور سے عضلۂ عاصرہ کے آر پار اپنا راستہ نکال لیتا ہے، جس سے اس کا لیول کسیقدر گر جاتا ہے اور اس طرح کچھ غذا پہنچ جاتی ہے۔ بعض اصابتوں کا تدارک زیادہ مستعدی کے ساتھ اس طرح کیا گیا ہے کہ ایک پارے سے بھری ہوئی ربر کی نلی ہر کھانے سے پہلے معدے میں داخل کر دی گئی ہے، یا ایک انبوبۂ مری کو معدے میں داخل کرکے اور سارے وقت علی حالہ رکھ کر مریض کو چار دن تک غذا دی گئی ہے۔ عسیر العلاج اصابتوں میں شکم کی راہ سے معدے کو کھول کر عضلۂ عاصرہ کا اتساع عمل میں لایا جاتا ہے۔

عطفے

(diverticula)

مری کی دیواروں میں جیبیں (pouches) پائی جاتی ہیں۔ اور ان کی تقسیم (۱) فشاری عطفوں (pressure diverticula) اور (۲) جرّی عطفوں (traction diverticula) میں کی جاتی ہے۔

۱۔ فشاری عطفے، اجسام غریبہ کے مغروز ہوجانے سے، یا دوسرے مقامی تضرر کی وجہ سے پیدا ہوجاتے ہیں۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بظاہر عضلی طبقہ کمزور ہوجاتا ہے، اور مخاطی اور تحت المخاطی طبقات عضلی ریشوں کے درمیان سے باہر ابھر جاتے ہیں، چنانچہ عضلی ریشے عطفے کی پوشش میں حصہ نہیں لیتے۔ جب ایک بار ایسا ہوجائے تو اس تاجہ کے اندر غذا جمع ہوجاتی ہے، اور یہ تھیلی بتدریج بڑی ہوجاتی ہے یہاں تک کہ یہ ۳ یا ۴ انچ کے قطر تک پہنچ جاتی ہے۔ ۲۔ جرّی عطفے، جو عموماً کوئی علامتیں نہیں پیدا کرتے، پاس کے حصوں سے مری کے چپک جانے کی وجہ سے نمودار ہوجاتے ہیں، مثلاً متقیح یا تدرنی شعبی غدد کی وساطت سے، جس سے طبقات قیف نما صورت میں باہر کھینچ آتے ہیں۔ عطفوں کی شکل عموماً نیم کروی ہوتی ہے۔ وہ پیچھے، بلعوم اور مری کے مقام اتصال پر نہایت عام ہوتے ہیں، جب کہ وہ گردن کے دونوں طرف، یا بعض اوقات

صرف بائیں طرف ہی بروز کر آتے ہیں۔ اس کے بعد دوسری عام ترین جگہ مری کے زیریں سرے کے قریب ہے (1) (صفحہ ۲۳ الف)۔

علامات یہ ہیں، عسر البلع، غذا کی بازروی جس کے ساتھ اکثر اچھو لگ جاتا ہے یا کھانسی ہوتی ہے، اور تاچہ کے اندر غذا کی تحلیل سے سانس میں بدبو آتا۔ غذا اتنی جمع ہو سکتی ہے کہ مری بالکل مسدود ہو جائے۔ عطفوں کی تشخیص بیریم نگلنے کے بعد لاشعاعوں کے ذریعہ سے کی جاتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۸ الف اور ۲۳ الف) اور مری بین سے بھی ہو سکتی ہے۔

علاج۔ عملیہ کر کے جیب کا استیصال کر سکتے ہیں۔ خفیف اصابتوں میں منہ بھر کر پانی اندر لے کر اور ازاں بعد اس پانی کو بذریعہ بازروی باہر نکال کر جیب کو باقاعدگی کے ساتھ دھونا ممکن ہے۔

معدے کا امتحان

معدے کی وضع مریض کی وضع کے ساتھ بدلتی رہتی ہے۔ انتصابی وضع میں معدہ کا فوادی سرا عظمی صدر کے اندر واقع ہوتا ہے، اور اس کا جسم اور بواب شکم کے اندر ہوتے ہیں۔ افقی وضع میں معدہ اور بھی پیچھے گر کر پسلیوں کے نیچے چلا جاتا ہے، اکو شراسیف میں اس کا صرف بوابی حصہ رہتا ہے۔ معدے کے اندر ہمیشہ کسیقدر ہوا موجود رہتی ہے اور اس کی شناخت کا ذریعہ وہ کامل تطبلی آواز ہے جو سامنے بائیں صدر کے زیریں حصے کا قرع کرنے سے حاصل ہوتی ہے۔ یہ رقبہ اوپر پیش قلبی اصمیت سے، اور پیچھے طحالی اصمیت اور ریوی گمک سے محدود ہوتا ہے۔ معدے کے قرع سے جو آواز حاصل ہوتی ہے اسے اس آواز سے تمیز نہیں کیا جا سکتا جو آنتوں کے اندر کی ہوا کے سبب سے ہوتی ہے، لہذا معدے کا خاکہ دریافت کرنے کے لئے یہ طریقہ کسی کام کا نہیں۔ معدہ کے متعلق حیرت انگیز امر یہ ہے کہ اس کی جسامت اور وضع میں بہت بڑے اختلافات واقع ہو سکتے ہیں کہ جن سے غذا کی تغیر پذیر مقداروں کے لئے گنجائش نکلتی ہے۔ دوسرے احشاء کی طرح معدے میں طولی اور مدور عضلی ریشوں کا

ایک نظام موجود ہوتا ہے، لیکن اس کے علاوہ اس میں ترچھے ریشوں کا ایک اندرونی نظام بھی ہوتا ہے جو مَری کے مدوّر ریشوں سے نکل کر نیچے کے طرف معدے کے انحنائے صغیر کے برابر چلے جاتے ہیں، اور اگلی اور پچھلی سطحوں پر ایک پنکھے کی طرح پھیل جاتے ہیں۔ یہ ممکن معلوم ہوتا ہے کہ اس نظام کا تعلق انحنائے کبیر کے نیچے کے طرف ہونے والی اس حرکت سے ہے جو معدے کی پُری کے ساتھ ساتھ ہونے لگتی ہے۔

معدے کا لاشعاعوں سے امتحان

اس کی وساطت سے معدے کی شکل، جسامت، اور حرکت پذیری کے متعلق قیمتی معلومات حاصل ہوتی ہے۔ مریض کو دَلیہ یا دودھ روٹی کی غذا دیجاتی ہے، جس میں بسمتھ کے ایک جاذب مالح کے ۲ اونس، جو بہتر ہے کہ آکسی کلورائڈ ہو، یا بیریئم سلفیٹ کے ۴ اونس شامل ہوتے ہیں۔ پھر شعاعیں استعمال کی جاتی ہیں، اور اس سایہ سے جو کہ پردہ پر مشمولہ فلزی مالح کی وجہ سے گرتا ہے۔ معدے کی وضع اور جسامت ظاہر ہوجاتی ہے۔ لاشعاعوں سے ظاہر ہوتا ہے کہ معدہ ایک انتصابی حصے اور ایک اُفقی حصّے پر مشتمل ہوتا ہے، جن کو انحنا صغیر پر ایک نرا وبتی ثلمہ جدا کرتا ہے۔ فتحہ فوادیہ کے لیول پر ایک خیالی اُفقی خط، انتصابی حصہ کو دو میں تقسیم کرتا ہے۔ اوپر کے حصّے کو، جس میں عموماً ہوا موجود ہوتی ہے، قعر، اور نیچے کے حصے کو جسم کہتے ہیں۔ اُفقی حصہ بوّابی دھلیز اور بوّابی قنال پر مشتمل ہوتا ہے۔ اثنا عشری کا پہلا حصہ معدے کے فعل کے اثنا میں کیموس (chyme) کو وصول کرتا اور کچھ مدت تک باقی رکھتا ہے، چنانچہ لاشعاعوں کے تحت وہ بھی معدے کی طرح ایک سیاہ سایہ ظاہر کرتا ہے، جس کی شکل اکثر مثلثی ہوتی ہے اور جس کا قاعدہ بوّاب کی طرف ہوتا ہے۔ اس حصّے کو اثنا عشری کلاہ (duodenal cap) کہتے ہیں، اور اس میں اور معدے میں علٰحدگی واقع کرنے والی، بوّاب کی شفاف لکیر ہے۔ اس شفاف لکیر کے وسط میں وقتاً فوقتاً بوابی قنال دکھائی دیتی ہے، جو کیموس کی اُس مقدار کے لحاظ سے جو اسکے اندر سے گزر رہی ہو نسبتہً چوڑی یا تنگ نظر آتی ہے۔ عضلی انقباض کی دودی الحرکت موجیں جو جسم معدہ سے بوّاب تک واقع ہوتی ہیں، اور ان کے ہمراہ وہ تغیرات بھی جو کہ جسم معدہ اور بوابی دہلیز کی شکل میں واقع ہوتے ہیں، لاشعاعوں سے شناخت ہوجاتے ہیں۔

انتصابی وضعوں میں طبعی معدے کی اوسط وضع ایسی ہوتی ہے کہ انحنائے کبیر حرقفی عرفوں (یا ناف) سے بالکل نیچے ہوتا ہے اور انحنائے صغیر اس سے اوپر کو تاہم تندرستی کی حالت سے تجاوز ہوئے بغیر معدے کی وضع میں وسیع اختلافات ہو سکتے ہیں۔ معدہ لمبا ہو کر نیچے بہت دور تک پہنچ سکتا ہے، اور اسے بعض اوقات گرا ہوا معدہ (dropped stomach) کہتے ہیں جو عموماً زیر تنشی (hypotonic) بھی ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۱، نیز صفحہ 340 پر شکل ۴۸)۔ یا ممکن ہے کہ وہ حرقفی عرفوں سے بالکل اوپر ہو اور اس صورت میں اسے بلیش تنشی (hypertonic) کہتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۲)۔ افقی وضع میں، جب کہ مریض پیٹھ کے بل لیٹا ہوا ہو، معدہ پیچھے گر کر ڈایافرام کے نیچے چلا جاتا ہے، اور اس طرح انتصابی وضع کے نسبت وہ اس وضع میں زیادہ بلند واقع ہوتا ہے۔ عمود الفقرات اکثر معدہ کو دو میں تقسیم کر دیتا ہے۔ یہ مشاہدہ میں آیا ہے کہ جذبہ کی وجہ سے، یا بیہوشی کے دورہ سے ذرا پہلے یا متلی پیدا کرنے والی (مثلاً ہینگ کی) بو کے بعد انتصابی وضع میں دیکھنے پر ممکن ہے معدہ کئی انچ گرا ہوا نظر آئے۔ اس کے برعکس جب موضوع کی بھوک تیز ہو جاتی ہے تو معدہ بیش تنشی ہونے کا رجحان رکھتا ہے (11)۔ معدے کی اوسط وضع ہر شخص کی جسمانی ساخت پر منحصر ہوتی ہے۔ جب جسم چوڑا اور چھوٹا ہو، یعنے جب سینہ کا گھیر جسمانی طول کے نسبت ۲ سنٹی میٹر زیادہ ہو تو معدے کی وضع اونچی ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 472) اور اس کے برعکس، جب سینہ کا گھیر دھڑ کے طول کے نسبت ۲ سنٹی میٹر کم ہو تو معدے کی وضع نیچی ہوتی ہے۔ بلند معدہ کیساتھ عموماً معدی رس کی بڑھی ہوئی ترشگی کا تلازم پایا جاتا ہے (12)۔ ایک ہی خاندان کے افراد، معدہ کے تخلی کی مدت، اور امتحانی غذائی منحنی کی قسم میں باہم مماثلت ظاہر کرتے ہیں۔

معدے کا کوئی لاشعاعی امتحان مکمل نہیں ہوتا تا وقتیکہ معدے کے تخلی کی شرح دریافت نہ کی جائے۔ غذا کھانے کے دو، چار اور آٹھ گھنٹے کے بعد مریض کا امتحان کیا جاتا ہے یہ دیکھنے کے لئے کہ آیا اب بھی معدے میں کوئی سایہ باقی رہ گیا ہے۔ معمولی طور پر معدہ چار گھنٹوں میں خالی ہوتا ہے۔ چھوٹا بیش تنشی معدہ اکثر دو گھنٹوں میں خالی ہو جاتا ہے۔ اگر آٹھ گھنٹے کے بعد بھی معدے کے بیشتر ما فیہ موجود ملیں تو یہ بوابی ضیق (pyloric stenosis) کی دلالت ہے۔ دیکھا جائے گا کہ یہ اوقات ان اوقات سے

کیفیت زیادہ ہیں جو کسری امتحانی غذائی طریقہ کے ذریعہ حاصل ہوتے ہیں۔

معدے کے مافیہ کا امتحان

قئے کے امتحان سے، اور دوران ہضم میں معدے کے اندر سے مصنوعی طور پر نکالے ہوئے مائعات کے امتحان سے ہم یہ جاننے کی کوشش کرتے ہیں کہ مرض کی مختلف اقسام میں اور خاص کر ہضم کے مزمن فسادات میں، ترشوں، پیپسین (pepsine)، یا معدے کی حرکی قوتوں کی قلت کیا حصہ لیتی ہے۔

قئے۔ اگر مریض کو استفراغ ہو جائے تو مائع کی مقدار، رنگ و بو، اور قوام کو نوٹ کرنا چاہیئے۔ حال ہی میں لی ہوئی چیزیں (مثلاً طیران پذیر روغن یا الکحل) بو میں ترمیم کر دیتی ہیں۔ مائع بے رنگ، یا مختلف درجہ کے بھورے رنگ کا، یا صفرا کے لون سے زرد یا سبز، یا خون سے گلابی یا سرخ رنگ کا ہو سکتا ہے۔ خون معدی رس کے تماس سے اکثر تبدیل ہو جاتا ہے، اور اس کے نتیجہ کے طور پر سیاہ بھورا اور غیر شفاف ہو جاتا ہے، اور دُرد قہوہ سے مشابہ ہوتا ہے۔ قوام میں قئے پانی جیسی، یا مخاط کی وجہ سے کم و بیش لزج ہوتی ہے یا وہ کف دار ہوتی ہے۔ نیم ہضم شدہ، یا نا ہضم شدہ غذا کی موجودگی کو دیکھنا چاہیئے۔

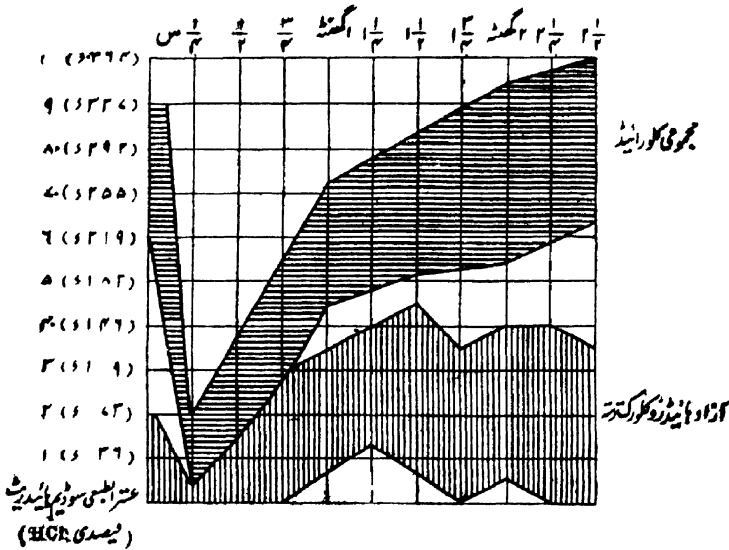
خردبین سے دیکھنے پر حیوانی اور نباتی باقیں شناخت ہو سکتی ہیں، جیسے کہ عضلی ریشے، سیلولوس، نشاستہ کے ذرات، روغن کے قطرے، خون کے سرخ جسیمات، سپید خلیے اور کثیر التعداد خرد عضویے، بالخصوص ٹارولی (torulæ) اور نبقات حرمیہ (sarcinæ) اور بعض اوقات عصیۂ آپلر بوآس (Oppler Boas bacilli)۔ کیمیائی امتحان کے لیے قئے شدہ سیال کو باریک ململ میں سے چھانا جائے اور اُن کاشفات کے ذریعہ سے جو ابھی بیان کئے جائیں گے چھنے ہوئے حصہ کا امتحان کیا جائے۔

امتحانی غذا۔ معدے کے افعال ایک امتحانی غذا دینے سے اس سے زیادہ صحیح طور پر معلوم کئے جا سکتے ہیں کہ جتنے قئے کا امتحان کرنے سے۔ اس کے دو طریقے مستعمل ہیں:-

(۱) آیوالڈ کا امتحانی ناشتہ۔ پہلے معدے کو دھو ڈالتے ہیں، یا غذا جو ۲ یا ½۲ اونس روٹی یا ٹوسٹ (toast) اور ۲۰ اونس ہلکی چائے پر مشتمل ہوتی ہے صبح کے وقت خالی پیٹ

32 دیجاتی ہے۔ ایک گھنٹہ کے وقفہ کے بعد معدے کے مافیہ کو نکال کر ان کی تقطیر کر لی جاتی ہے۔ مقطر شدہ حصہ کے دو نمونے لئے جاتے ہیں اور انھیں بذریعہ تبخیر خشک کر کے اور سوڈیم کاربونیٹ ملا کر اور بغیر ملائے ان کی ترمید کیجاتی ہے۔ اس سے مجموعی کلورین کا اور اس کلورین کا جو فلزی کلورائڈ کے طور پر ممزوج ہے، ارتکاز حاصل ہو جاتا ہے۔ پھر $AgNO_3$ (سلور نائٹریٹ) استعمال کر کے وول ہارڈی معایرتیں (Volhard titrations) عمل میں لائی جاتی ہیں۔ مجموعی کلورین اور فلزی کلورین کے درمیان جو فرق پایا جاتا ہے اس سے "فاعلی ہائڈروکلورک ایسڈ" کی مقدار معلوم ہو جاتی ہے، یعنی اس ہائڈروکلورک ایسڈ کی جو آزاد ہے اور اس ہائڈروکلورک ایسڈ کی جو پروٹین کے ساتھ ممزوج ہے۔

(۲) کسری امتحانی غذا (Fractional test meal)۔ صبح کے وقت ناشتہ سے پہلے ایک چھوٹے سوراخ والی ربر کی نلی جس کے سرے میں چھید ہوں، معدے کے اندر داخل کی جاتی ہے، اور ایک پچکاری کے ذریعہ سے معدے کے مافیہ ("سکونی رس" = "resting juice") نکال لئے جاتے ہیں۔ پھر حسب ذیل غذا لی جاتی ہے:۔ ناشتہ کی جئے کا آٹا دو ٹیبل اسپون (یعنی بقدر ۱ اونس) ایک کوارٹ (۱/۴ گیلن) پانی کے ساتھ یہاں تک ابالا ہوا کہ اس کا حجم ایک پنٹ رہ گیا ہو اور پھر اسے ململ میں سے چھان لیا گیا ہو۔ ہر پاؤ پاؤ گھنٹے کے بعد معدی مافیہ کے تقریباً دس دس سی۔ سی کے نمونے باہر نکال لئے جاتے ہیں، یہاں تک کہ معدہ خالی ہو جائے۔ مخاط، صفرا، خون، نشاستہ اور ڈیکسٹروز کی موجودگی نوٹ کی جاتی ہے۔ عشر الطبعی سوڈیم ہائیڈریٹ کے ذریعہ ان نمونوں کی معایرت اس طرح کی جاتی ہے کہ اس کے لئے ڈائی میتھل (dimethyl) کو بطور نمائندہ استعمال کیا جاتا ہے۔ یہ معایرت جاری رکھی جاتی ہے یہاں تک کہ اس نمونہ کو فینال تھالین بھی قلوی ظاہر کرے۔ پہلی معایرت سے "آزاد ہائڈروکلورک ایسڈ" ("free HCl") معلوم ہوتا ہے۔ اور قلی کی وہ مقدار جو فینال تھالین کو متغیر کرنے کے لئے درکار ہوتی ہے، "مجموعی ترشگی" ("total acidity") ظاہر کرتی ہے۔ مجموعی ترشگی اور آزاد ہائڈروکلورک ایسڈ کے درمیان جو فرق حاصل ہوتا ہے وہ خاصہ مستمر ہوتا ہے۔ اگر دوسرے ترشے (جیسے کہ لیکٹک ایسڈ) موجود ہوں تو ممکن ہے کہ وہ بہت زیادہ ہو جائے۔ مجموعی کلورین کی تعیین یوں کیجاتی ہے:۔ ۵ ء ۰ یا ایک سی۔ سی مافیہ میں عشر الطبعی سلور نائٹریٹ

(0.1N $AgNO_3$) اور ایک سی سی مرتکز نائٹرک ایسڈ ($conc.HNO_3$) ملا دیں۔ اس آمیزہ کو گرم کریں تاکہ اگر پروٹین موجود ہو تو وہ مروّب ہو جائے۔ اب ایک سی سی الکحل آمیز کریں۔ الکحلی عشر الطبعی پوٹاسیم سلفوسائینٹ (0.1N KSCN) کے ذریعہ زائد سلور نائٹریٹ کی معائرت کریں اور اس کے لئے آئرن الَم (iron alum) کا ایک قطرہ نمائندہ کے طور پر استعمال کریں۔ (یہ ایک ترمیم شدہ وول ہارڈی معائرت ہے)۔

شکل ۴۴۔ چھائیں وار رقبے ۹۰ فی صدی طبعی طلبا میں آزاد ہائیڈروکلورک ایسڈ (HCl) اور مجموعی کلورین (Cl) کی حدود کا نشان ظاہر کرتے ہیں (14)۔
س "سکونی رس"۔

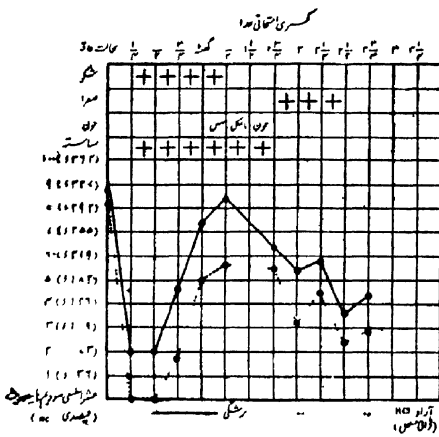
کوئی کھانا دئیے بغیر ۵ ملی گرام ہسٹامین (histamine) کا انشراب کرنا، اور اس کے بعد معدی مافیہا کا امتحان کرنا حال ہی میں رائج ہوا ہے۔ ایک الکحلی امتحانی غذا (۵۰ سی سی ۷ فی صدی الکحل کے) بھی استعمال کی جاتی ہے۔ الکحل میں ایک سی سی فینال تھالین ملائی جا سکتی ہے تاکہ تخلی کی مدت ناپی جائے۔

آزاد ہائیڈروکلورک ایسڈ اور مجموعی کلورین، دونوں کھانے کے شروع ہی سے

بڑھنے لگتے ہیں' لیکن ازاں بعد ہائڈروکلورک ایسڈ تو کم ہو کر گرنا شروع ہوتا ہے' اور مجموعی کلورین برابر بڑھتی رہتی ہے یہاں تک کہ یہ ایک انتہائی نقطہ پر پہنچنے کا رجحان رکھتی ہے (18)۔ معدی رس کی ترشگی پر اثر ڈالنے والے دوسرے عاملات یہ ہیں :۔ لعاب دہن کی مقدار' اثنا عشری کے مافیہ کی بازروی اور معدی رس میں مخاط کی مقدار (یہ اس کی تعدیل کر دیں گے)۔ اور وہ سرعت کہ جس کے ساتھ معدہ خالی ہوتا ہے (یہ اسے بڑھا دیگی)۔ جب "آزاد ہائڈروکلورک ایسڈ" موجود نہ ہو تو اس حالت کو بے ترشگی (achlorhydria) کہتے ہیں' لیکن اس سے یہ مطلب کہ کوئی "فاعلی ہائڈروکلورک ایسڈ" موجود ہی نہیں' یعنے معدے نے HCl کا کوئی افراز بالکل پیدا ہی نہیں کیا' ہرگز نہیں ہو سکتا' اور اس لحاظ سے یہ اصطلاح کیقدر مغالطہ پیدا کرنے والی ہے "فاعلی ہائڈروکلورک ایسڈ" دراصل مجموعی ترشگی کی قیمت کے ساتھ کیقدر قریبی طور پر متناظر ہوتا ہے (13)۔ شکل ۴۴ میں' ۰۰ فی صدی طبیعی طلبا میں آزاد HCl اور مجموعی کلورائڈ سایہ دار رقبوں کے اندر واقع تھے۔ عموماً مجموعی ترشگی آزاد HCl کے نسبت تقریباً ۰ا فی صدی زائد ہوتی ہے۔

نفسی اثرات HCl کے منحنی کو بہت کچھ بدل سکتے ہیں۔ مثلاً جب ایک طالب علم کو تنویم کے تحت متلی کا احساس پیدا کرا دیا گیا تو اس احساس سے معدے کے خالی ہونے میں تاخیر ہو گئی' اسی طرح بھوک کے احساس سے معدہ بہ سرعت خالی ہو گیا' جو بلاشبہ تحرکی فاعلیت بڑھ جانے کی وجہ سے واقع ہوا۔ یہ ان لاشعاعی مشاہدات سے جو اوپر بیان کئے گئے تھے مطابقت رکھتا ہے۔ شدید عضلی ورزش اور گرم غسل HCl کا افراز کم کرنے والے اور معدے کے خالی ہونے میں تاخیر کرنے والے پائے گئے ہیں۔ ہلکی ورزش' جو محبوب دوستوں کی معیت میں کی جائے اس کے برعکس اثر پیدا کرتی ہے (20)۔ سب سے زیادہ طاقتور معدی رس' جو ترشہ اور پیپسین ہر دو لحاظ سے طاقتور ہو' اشتہا کے بعد اور گوشت کھلانے کے بعد مفرز ہوتا ہے (18)۔ شحم کھلانے سے افراز اور تحرک دونوں کا امتناع ہو جاتا ہے' بالخصوص اگر شحم ناسیر شدہ ہو (19)۔

جسم معدہ کے قرحہ کے ہمراہ کوئی ممیز منحنی نہیں پایا جاتا۔ لیکن اثنا عشری اور بوابی تقرحہ کی حالت میں (شکل ۴۵) اکثر معدے میں نہایت ترشئی سکونی رس ہوتا ہے' اور آزاد HCl میں جو کسی غذا کے ساتھ ترقیق ہونے کی وجہ سے ہو جاتی ہے اس کے بعد

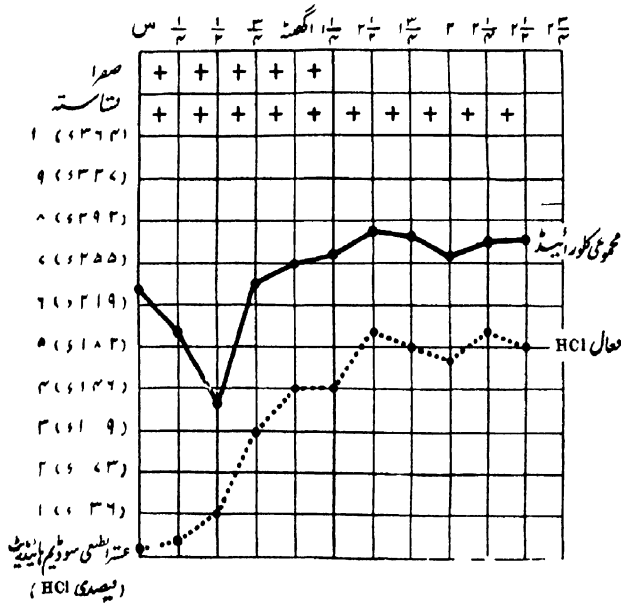
HCl کا مافیہ بہ سرعت بڑھتا رہتا ہے یہاں تک کہ ساری غذا معدے سے چلی جاتی ہے، جس کی تعیین نشاستہ کے غائب ہو جانے سے ہوتی ہے۔ اِس نقطہ کے بعد معدی رَس کا افراز پھر بھی ہوتا رہتا ہے (بیش افراز)۔ ممکن ہے کہ معدہ خود کو نہایت سرعت کے ساتھ خالی کر دے ("اثنا عشری عجلت" = "duodenal hurry")۔ بوّابی ضیق کی حالتوں میں (شکل ۴۶) غذا معدے کے اندر طویل عرصہ تک رہتی ہے، جیسا کہ نشاستہ کی مسلسل موجودگی سے ظاہر ہوتا ہے۔

جوں جوں معدی رَس کا افراز زیادہ ہوتا جاتا ہے، HCl کا ارتکاز بھی بڑھتا جاتا ہے۔ مُتلف عدم دمویت (pernicious anaemia) کی حالت میں امتحانی غذا شکل ۴۷ میں بتلائی گئی ہے۔ اِس میں آزاد HCl اور مجموعی کلورائڈ کی کمی مزمن التہاب معدہ (جس کا بیان ملاحظہ ہو) کے باعث ہوتی ہے۔ معدی سرطانی سلعہ (جو ملاحظہ ہو) کی بعض اصابتوں میں بھی ایسا ہی نتیجہ حاصل ہوتا ہے، کیونکہ اس صورت میں بھی مزمن معدی التہاب موجود ہو سکتا ہے۔

شکل ۴۵۔ اثنا عشری قرحہ (duodenal ulcer) کی ایک اصابت جس سے یہ امور ظاہر ہوتے ہیں:— نہایت ترشی سکونی رس، غذا کے بعد بہ سرعت بلند ہو جانے والا منحنی، اور معدے کا جلد خالی ہونا۔ بالآخر ترشگی کا گر کر کم ہو جانا ایک حد تک اُس بازروی کے باعث ہوتا ہے جو اثنا عشری سے واقع ہوتی ہے۔

خون کے لئے کاشفات۔

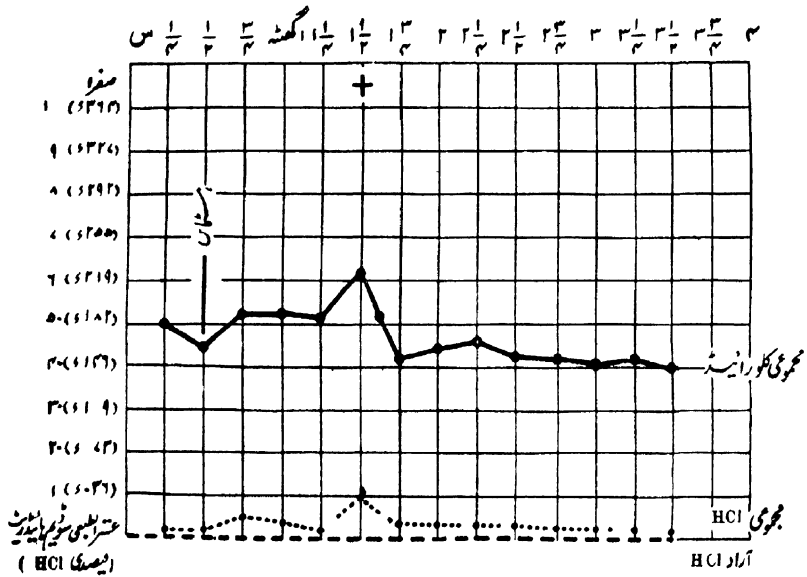
جب قے، یا معدی مافیہ میں خون کا اظہار شوخ سرخ رنگ کے خون یا ذردِ قہوہ کی حیثیت سے نہ ہو، تو ایسی صورت میں بھی وہ اتنی کافی مقدار میں موجود ہو سکتا ہے کہ کیمیائی کاشفات سے شناخت ہو جائے۔ لیکن اِس سے بھی زیادہ یہ اہم ہے کہ براز کے اندر مخفی خون کے لئے امتحان کیا جائے، کیونکہ معدی مافیہ میں خون کا ایک شائبہ تو صرف

کی وجہ سے بھی ہو سکتا ہے۔

گوایاکم کے ذریعہ امتحان (Guaiacum test)۔ براز کو گلیشئل ایسیٹک ایسڈ اور پانی کی مساوی مقدار میں ملا کر ایتھر کے ساتھ ہلایا جائے۔ ایک امتحانی نلی کے اندر اس ایتھری خلاصہ میں ٹنچر آف گوایاکم کے ایک یا دو قطرے اور پھر اوزونک الکحل (ozonic alcohol) (یعنے الکحل کے اندر ہائڈروجن پر آکسائڈ) کے ۲ سی۔سی آمیز کر دیے جاتے ہیں

شکل ۴۶ ۔ مزمن بوابی قرحہ کے باعث بوابی تسدد کی حالت، جو معدے میں غذا کا رکو د (stasis) ظاہر کرتی ہے، نیز یہ کہ ہائڈروکلورک ایسڈ اور مجموعی کلورین کے منحنی بڑھ کر ایک مستمر لیول تک پہنچ گئے ہیں (13)۔

جس سے ایک شوخ نیلا رنگ پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ مخفی نزف کا ثبوت اسی وقت سمجھا جا سکتا ہے جب کہ مریض نے کم از کم اڑتالیس گھنٹے پیشتر سے کلوروفل (سبزی) اور خون شامل رکھنے والی غذاؤں یعنی گوشت اور سبز ترکاریوں سے پرہیز کیا ہو۔

تصدیقی کاشف کے طور پر یہ بھی مناسب ہے کہ اتیھری خلاصہ کا امتحان ایک طیف نما کے ذریعہ آیسڈ ہیماٹن (acid hæmatin) کی موجودگی کے لئے کیا جائے۔ ازاں بعد اتیھری خلاصہ ۳۰ فی صدی HCl کے ساتھ ہلا لیا جاتا ہے اور آبی خلاصہ کا طیف نمائی امتحان ایسڈ ہیماٹو پورفائرین (acid hæmatoporphyrin) کے لئے کیا جاتا ہے۔ اِس شئے کی موجودگی کے یہ معنی ہیں کہ خون جسم کے اندر متغیر ہو گیا ہے اور

332

شکل ۷۴۔ متلف عدم دمویت (pernicious anæmia) کی حالت جو آزاد HCl کی غیر موجودگی، ترشگی کی کمی (اور غالباً فاعلی HCl کی کمی) اور مجموعی کلورین کی کمی ظاہر کرتی ہے (31)۔

یہ کہ وہ غذائی قنال میں بہت اوپر سے، یعنے معدے، چھوٹی آنت، یا قولون کے بالائی حصے سے آیا ہے (Ryffel)۔

خم پذیر معدہ بین (flexible gastroscope) تشخیص کے لئے حال ہی میں رائج ہوئی ہے (93)۔

سوءہضم اور فعلی اختلالات

(DYSPEPSIA AND FUNCTIONAL DISORDERS)

سوءہضم کی اصطلاح کا مفہوم یہ ہے کہ بالائی غذائی خطہ کے اُن افعال میں خلل واقع ہوگیا ہے جن کا طبعی تعلق نگلی ہوئی غذا کی تیاری سے' اور غذا کے چھوٹی آنت میں بغرض انجذاب منتقل ہونے سے ہے۔ یہ فعلی اختلالات مختلف علامات پیدا کردیتے ہیں' جن میں غذا سے پہلے یا بعد درد یا تکلیف کا ہونا سب سے زیادہ نمایاں ہے اور چونکہ یہ علامات' اوران کو پیدا کرنے والے فعلی اختلالات ہمیشہ لازم ملزوم ہوتے ہیں' مثلاً ہزال نخاع کے معدی بحرانات کے ساتھ معدے کی غیر معمولی حرکت ضرور پائی جاتی ہے' لہٰذا سوءہضم کی اصطلاح کا استعمال محض ان علامات کو بیان کرنے کیلئے بھی کیا جاسکتا ہے۔ بلاشبہ معدہ ہی وہ عضو ہے جو نہایت عام طور پر ماؤف ہوتا ہے' لیکن' جیسا کہ بعد میں بتلایا جائے گا' اس سلسلۂ علامات کے پیدا کرنے میں مری اور اثنا عشری بھی حصہ لے سکتے ہیں۔ "بدہضمی" ("indigestion") کی اصطلاح اکثر اس سے زیادہ وسیع معنوں میں استعمال کی جاتی ہے' یعنے سوءہضم' یا چھوٹی آنت میں قلت جذب ظاہر کرنے کے لئے' یا ان دونوں کے اجتماع کو ظاہر کرنے کے لئے' جس سے "غیر ہضم شدہ براز" ("undigested stools") کی اصطلاح نکلی ہے۔ معدے کے دوسرے فعلی اختلال' جن پر اس باب میں بحث کی گئی ہے' اگرچہ بعض اوقات سوءہضم کے ساتھ بھی موجود ہوتے ہیں' لیکن وہ اکثر بالکل الگ واقع ہوتے ہیں۔

سوءہضم حاد

(acute dyspepsia)

حاد سوءہضم' ناکافی طور پر چبائی ہوئی غذا' یا خاص طور پر خراش آور نوعیت کی غذا' یا حد سے زائد مقدار میں غذا کے لینے سے پیدا ہوسکتا ہے۔ کامل صحت کی حالت میں ہر شخص یہ غلطی کرسکتا ہے کہ وہ غذا کی اُس سے زیادہ مقدار کھالے کہ جتنی

اُس کا معدہ برداشت کرسکتا ہو۔ یا غذا کی معمولی مقدار کے ساتھ کوئی ایسی چیز جیسی کہ برف یا قہوہ یا الکحلی مشروب زیادہ مقدار میں) کھالے کہ جو ہضم کے عمل میں سستی پیدا کردے، اور تحلیل شدہ سب مقدار چند گھنٹوں تک معدے ہی میں پڑی رہے۔ یا غیر متوقع طور پر ہضم نہ ہوسکنا ممکن ہے کہ ماسبق عام خستگی کی وجہ سے ہوئی جس نے معدہ کو بھی متاثر کردیا ہو۔ مثلاً بلا ناشتہ کئے کئی گھنٹہ تک چلنے یا بلندی پر چڑھنے کی شدید ورزش کے بعد ممکن ہے کہ معدہ ایک معتدل غذا بالکل ہضم نہ کرسکے۔

علامات۔ غذا لینے کے فوراً بعد یا چند ہی گھنٹوں کے بعد معدی خطے میں تمدد اور بے آرامی کا احساس ہونے لگتا ہے، یا حقیقی درد ہوتا ہے۔ اگر وہ کھانا کہ جس سے شکایت پیدا ہوئی ہے رات کے وقت بہت دیر کرکے لیا گیا ہے، تو ممکن ہے کہ تھوڑی بے آرامی کے بعد مریض کو نیند آجائے، لیکن چند گھنٹوں کے بعد وہ معدے کی تکلیف سے جاگ اُٹھتا ہے، اُس کی زبان خشک ہوتی ہے اور شاید اُس کے سر میں درد ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ وہ کئی گھنٹوں تک جاگتا ہوا پڑا رہے۔ بعض اوقات قلب کے متزاد انکماشات کی وجہ سے پیش قلبی خطے میں ایک تیز پھڑپھڑاہٹ محسوس ہوتی ہے، یا منفرد متزاد انکماشات نسبتہً طویل تر وقفوں سے محسوس ہوتے ہیں۔ صبح کے وقت غذا کی رغبت نہیں ہوتی، زبان خشک اور فروار اور جلد چپچپی ہوتی ہے۔ لیکن چند گھنٹوں کے عرصہ میں یہ علامات رفع ہوجاتے ہیں۔ دوسری اصابتوں میں قئے ہوکر شکایت نسبتہً جلد جاتی رہتی ہے، اور عموماً معدہ اپنے سارے مافیہ سے خالی ہوجاتا ہے، جو اگر ہضم ہوئے بھی تو ناکمل طور پر ہوتے ہیں اور اُن میں معدی مخاطی ہوئی ہوتی ہے۔ اِس سے درد میں اکثر فی الفور تخفیف ہوجاتی ہے۔ دوسرے موقعوں پر قئے مکرر ہوتی ہے، اور صفرا، جو اثنا عشری سے معدے کے اندر بذریعہ بازروی آگیا ہے، بعد کی قیئوں کے ساتھ نکل جاتا ہے۔ بعض اوقات بعد کے بارہ گھنٹوں کے عرصہ میں آنتوں کے اندر غیر ہضم شدہ یا خراش آور مادہ آجانے کی وجہ سے، اُن کا فعل تیزی کے ساتھ ہوکر اجابتیں ہوجاتی ہیں۔

علاج۔ جہاں درد شدید ہو، اور اُس کا سبب ظاہر ہو، ایک قئے آور دوا مثلاً سال وولیٹائل (sal volatile) یا عرق الذہب (ipecacuanah) سے فوری آرام حاصل ہوسکتا ہے۔ اگر یہ اپنے عمل میں قاصر رہے تو معدے کے مافیہ ایک نلی کے ذریعہ سے

خارج کئے جا سکتے ہیں۔ نسبتہً خفیف تر اصابتوں میں اسیقدر کافی ہوتا ہے کہ نہایت تھوڑا سا برف پیاس بجھانے کے لئے دے دیں، اور معدے میں اور کوئی چیز صرف اس وقت داخل کریں جب کہ یہ تکلیف دہ علامات رفع ہو جائیں۔

333

مزمن سوءِ ہضم

(chronic dyspepsia)

اوپر جو بحث کی گئی ہے وہ یہ ظاہر کرنے کے لئے کافی ہے کہ مزمن سوءِ ہضم کوئی مرض نہیں بلکہ ایک سلسلۂ علامات ہے، جو بالائی غذائی خطّے کے فعل کے اختلال سے پیدا ہو جاتا ہے۔

امراضیات۔ اِس مسئلہ پر غور کرتے وقت دو سوالات کو الگ الگ رکھنا چاہیئے:۔ (۱) وہ کونسا عضو ہے، جس کے افعال کا اختلال سوءِ ہضم کا باعث ہوتا ہے، اور کس طرح یہ اختلال علامات پیدا کر دیتا ہے؟ (۲) وہ کونسا ضرر ہے جو اس اختلال پیدا کرتا ہے؟

موجودہ زمانہ میں یہ دریافت کرنا کہ علامات کس عضو میں پیدا ہورہے ہیں ایک نسبتہً آسان امر ہے۔ درد کی علامت کے متعلق نہایت کامل طور پر تحقیقات ہو چکی ہے (7)۔ جب وہ شراسیف میں خوب اوپر قصِّ خنجری کے قریب یا عظم القص کے پیچھے محسوس ہو تو وہ مَری سے پیدا ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صحفہ ۸۱ اب اور صفحہ 325)۔ تحت القصی مریوی درد کی تفریق درد قلب سے اس طرح کی جا سکتی ہے کہ مریض سے نگلنے کی حرکت کرائی جائے۔ پیدا شدہ حرکت دودی کی موج جو ۱ انچ فی سیکنڈ کی شرح سے مری میں نیچے کے طرف پھیلتی ہے مریوی درد میں ایک لمحہ کے لئے تخفیف پیدا کر دیتی ہے، لیکن اگر یہ درد بہت خفیف ہے تو ممکن ہے کہ یہ موج اس میں شدت پیدا کر دے۔ نگلنے کا فعل درد قلب میں کوئی فرق نہیں پیدا کرتا، لیکن یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ درد کی یہ دونوں قسمیں بہت عام طور پر لازم ملزوم ہوتی ہیں۔ معدہ کا درد شراسیف پر محسوس ہوتا ہے، اور یہ غالباً مَری کے درد کے نسبت ذرا نیچے، اور بعض اوقات بائیں ضلعی حاشیہ کے برابر برابر، اور نہایت عام طور پر ناف کے گرد اگرد ہوتا ہے۔ اثنا عشری کا درد

تقریباً اسی لیول پر، لیکن خطِ درمیانی سے ذرا دائیں طرف کو محسوس ہوتا ہے یعاء صائم (jejunum) کا درد غالباً ناف سے نیچے محسوس ہوتا ہے۔

حشائی درد (visceral pain) تجربتہً اس طرح پیدا کیا جا سکتا ہے کہ ایک حشاء کے اندر رکھی ہوئی ہوا کی تھیلی میں پھونک کر ہوا بھر دی جائے۔ یہ درد حشائی دیوار میں کی الٰی عصبی منتہاؤں کے کھنچ کر تن جانے کی وجہ سے ہوتا ہے (22'21)۔ مری ایک ایسا عضو ہے جس کی تحقیقات نہایت کامل طور پر کی گئی ہے۔ مری کے اندر مذکورہ بالا جسم غریب کی موجودگی کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ دودی الحرکت موجوں کا ایک سلسلہ اس کے نیچے تک گذر جاتا ہے۔ ہر بار جب کہ ایک موج تھیلی پر پہنچکر اسے بچکا دیتی ہے، درد کم یا غائب ہوجاتا ہے، جس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ عضلہ منقبض ہو کر تھیلی کے قطر کو کم کر دیتا اور عصبی ساختوں پر پڑے ہوئے بار کو دور کر دیتا ہے، قطع نظر اس کے کہ اس انقباض سے ایک بلند "انجماشی" دباؤ پیدا ہوجاتا ہے۔ موج کے گذر جانے کے ساتھ ہی درد پھر ہونے لگتا ہے، کیونکہ دورانِ "انبساط" ("diastole") میں دیوار پھر تن کر کھنچ جاتی ہے۔ ایسی صورت میں درد غیر مسلسل یا "مروڑ" کا سا ہوتا ہے۔ ایک سادہ عضلہ کے تناؤ کی تعریف یہ کی گئی ہے کہ یہ اس کا وہ تناؤ ہے جو کہ دورانِ انبساط میں ہوتا ہے اور وہ درد جو تجربتہً پیدا کیا جاتا ہے اس تناؤ کے بڑھ جانے کے ساتھ وابستہ ہے۔ اگر ایک نہ پچکنے والی آبی تھیلی استعمال کی جائے تو درد مسلسل اور نہایت شدید ہوتا ہے کیونکہ حرکت دودی کی موج اپنے ممر میں رک جاتی ہے۔ یہ درد ایک حد تک تو مسلسل کھنچاؤ کے باعث ہوتا ہے، لیکن اس منطقہ کے اندر کی عصبی ساختوں پر بار کی وجہ سے بھی ہوتا ہے، جو کہ تھیلی سے اوپر انکماشی طور پر منقبض عضلہ کے، اور اس سے نیچے کے اس عضلہ کے درمیان ہے جو کہ ہم ابعادی طور پر منقبض اور اسی لئے اب تک تھیلی سے تنا ہوا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ درد ہر حرکت دودی کے ساتھ بد سے بدتر ہوجاتا ہے۔ یہ تجربہ اس دردناک تشنج کا قائم مقام ہے جو قنات کے اندر سنگہائے صفراء یا سنگِ گردہ کی موجودگی کے ساتھ وابستہ ہے۔ کھوکھلے احشاء میں بڑا ہو جانے کی یعنے (شیرنگٹن کی اصطلاح میں) اپنی "وضع" یا "کینڈا" ("posture") بدلنے کی بڑی طاقت ہوتی ہے، اور اگر کوئی جسم غریب ایسا ہو کہ وہ ابتداءً علامات پیدا کر دے، تو اس کا یہ علامات

پیدا کرنا اُس وقت موقوف ہو جاتا ہے جب کہ عضو اپنے ریشوں کی تطویل یا جدید ترتیب کے ذریعہ اتنا کافی بڑا ہو جائے کہ وہ بدون کھنچے ہوئے اُس جسم غریب کو اپنے اندر گرفت کر سکے۔ لیکن یہ عمل صرف کسیقدر تدریجاً ہی واقع ہو سکتا ہے۔ اسیواسطے کسی ریشے کی وضعی تطویل میں اور اُس کے اس کھنچاؤ میں فرق کرنا چاہیئے جو کہ درد پیدا کرتا ہے۔ خراشِ مقابل کا طریق عمل بالخصوص یہ ہے کہ وہ کینڈے کی زیادتی معکوس طور پر پیدا کرتی ہے۔

ڈوبنے یا خلو کا احساس معدے میں پیدا ہوتا ہے۔ سینہ میں کُرہ یا ہوا کے گولے کا احساس مری میں پیدا ہوتا ہے۔ اور متلی کا احساس، جو حلق کی پشت اور اُس کے زیریں حصے میں محسوس ہوتا ہے، مری کے بالائی حصے کے معکوس اختلالات کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے۔ یہ رائے ظاہر کی گئی ہے کہ یہ احساسات نوعی منتہائی اعضا کی وجہ سے ہوتے ہیں، جو اس سے پست تر درجہ کے تناؤ کا ردِ عمل ظاہر کرتے ہیں جتنے درجہ کا المی عصبی منتہائیں ظاہر کرتی ہیں۔ لیکن جیسے جیسے تناؤ بڑھتا جاتا ہے، ان احساسات پر درد کا احساس غالب آجاتا اور ان کی جگہ لے لیتا ہے، جیسا کہ جسم میں دوسری جگہ بھی واقع ہوا کرتا ہے۔ پُری کا احساس دیوارِ شکم کی توسیع کے باعث ہو سکتا ہے۔ 334

پانی کی ایک چھوٹی تھیلی کے ذریعہ سے عمل میں لائے ہوئے مشاہدات سے جو کہ مریضوں پر دورانِ احساسِ درد میں کئے گئے، ایک سلسلۂ انقباضات کی موجودگی ظاہر ہوئی۔ یہ انقباضات مری، معدے، اثنا عشری یا صائم میں دیکھے گئے۔ مزید برآں حشا کے اندر کا انبساطی دباؤ بھی بڑھا ہوا تھا، اگرچہ اس زیادتی کی مقدار مختلف مریضوں میں مختلف تھی۔ انقباضات کا رجحان درد کو کم کر دینے کا تھا، اور یہ درد ایک مریض میں بعد کے عضلی ارتخا کے دوران میں محسوس ہوا جب کہ حشا کے بڑھے ہوئے انبساطی دباؤ کی وجہ سے اَلَمی منتہاؤں کا کھنچاؤ واقع ہو گیا۔ گویا مصنوعی طور پر پیدا کئے ہوئے درد اور قدرتی طور پر پیدا ہونے والے درد کے درمیان بہت بڑی مشابہت پائی گئی۔ مزید برآں مختلف احشا کے درمیان نہایت قریبی تعلق مشاہدے میں آیا۔ معدے کو ہوا سے پھُلانے سے مری میں بھی اوپر سے نیچے کے رُخ دودی الحرکت موجیں پیدا ہو گئیں (معدی مریوی منعکس بازروی معکوسہ)۔ ایک مریض میں جسے آلام الجوع تھے، معدے کے

انقباضات کے تقریباً ایک ثانیہ کے بعد اثنا عشری میں بھی ویسی ہی موجیں پیدا ہو گئیں۔
سوءِ ہضم کا درد' دیوار کی عصبی المی منتہاؤں کے کھنچاؤ کے باعث ہوتا ہے، جسکی تطبیق دوسرے مشاہدات سے ہوتی ہے کہ سوءِ ہضم اکثر معدے کو خالی کرنے کی ناکام کوششوں کا نتیجہ ہوتا ہے (24)۔ یہ بالکل ممکن ہے کہ بعض حالتوں میں تکان کے باعث عضلہ غیر معمولی طور پر تمدد پذیر ہو جائے' اور اس کا نتیجہ یہ ہو کہ المی منتہاؤں کا کھنچاؤ نسبتہً پست تر انبساطی دباؤ کے تحت واقع ہو جائے۔ لیکن جہاں دباؤ زیادہ ہو وہاں عضلاتِ عاصرہ کی ہمزماں مسدودی بھی واقع ہونی چاہیئے' ورنہ مافیہ خارج ہو جائیں گے' اور یہ بہت ممکن ہے کہ سوءِ ہضم کے علامیہ کا اولی انحصار ذیل کی دو علامات میں سے ایک پر ہو:۔ عضلی دیوار کی غیر معمولی تمدد پذیری۔ یا عضلات عاصرہ کی مسدودی' یا شاید ان کا عدم ارتخاء۔ ممکن ہے کہ عضلات عاصرہ کے علاوہ دوسرے مقامات' مثلاً مری یا اثناء عشری میں' یا معدے کے انحنائے کبیر پر محدود المقام انقباضات (تشنجات) پیدا ہو جائیں ۔ معدے میں کا درد عموماً دو قسم کا ہوتا ہے۔ وہ غذا کے تھوڑی دیر بعد ہو سکتا ہے' یا چند گھنٹوں کے بعد اس وقت ہوتا ہے جب کہ معدہ غذا سے خالی ہوتا ہے' یعنی نام نہاد الم الجوع ۔ یہ رائے پیش کی گئی ہے کہ ان قسموں کے درد کیساتھ دو اہم عاملات پائے جاتے ہیں' جو دونوں کے دونوں دیوار کا کھنچاؤ پیدا کرنے کا رجحان رکھتے ہیں ۔ وہ یہ ہیں:۔ (۱) بلع الہوا جو بالکل بلا ارادہ ہو سکتا ہے' اور (۲) معدی غشائے مخاطی سے دیر تک افراز ہونا۔ فی الحقیقت یہ عاملات تعویضی سمجھے گئے ہیں' کیونکہ بلع الہوا دباؤ کو زیادہ کر دیتا اور اس طرح معدے کے خالی ہونے میں ممد ہوتا ہے اور افراز کا دیر تک ہوتے رہنا کسی مضرت رساں شئے کے لئے ایک مرقق (diluent) کی طرح عمل کرتا ہے' اسی طرح جس طرح دہن میں ہونے والی خراش ریقی افراز بکثرت پیدا کر دیتی ہے (24)۔

اب تک ہم نے ہائڈروکلورک ایسڈ کے متعلق کوئی غور نہیں کیا کہ آیا یہ بھی درد کے پیدا کرنے میں کوئی حصہ لے سکتا ہے یا نہیں۔ ۰.۵ فی صدی HCl کے ۲۰۰ سی سی معدی نلی کے ذریعہ دینے پر معدی قرحہ کی مجیبیت ۳۵ مریضوں میں درد کی صورت میں اور ۲۴ مریضوں میں بلا درد کے ہوئی۔ اثنا عشری قرحہ کے لئے ایسے اعداد اہم اور

۱۴ تھے۔ مزید برآں ان اصابتوں میں بھی درد ہوا کہ جن میں ضرر معدہ سے بہت دور تھا (17)، لیکن ان اصابتوں میں التہاب المعدہ کو خارج از بحث نہیں کیا جا سکتا تھا۔ ترشہ سے جو درد پیدا ہوتا ہے، وہ شاید معدہ کا تناؤ بڑھ جانے سے پیدا ہوتا ہے۔

سوءِ ہضم کی متلی یا بُری کا احساس یا درد ممکن ہے کہ معکوس طور پر قئے یا اُبکائیاں پیدا کر دے، جو غذائی خطے کے بالائی حصے کے لئے اپنے ما فیہ خارج کرنے کا سریع ترین اور محفوظ ترین طریقہ ہے۔ یہ ڈھانچہ کے مختلف عضلات کے قوی انقباضات کی وجہ سے ہوتا ہے، جن سے معدے کے ما فیہ مَری کی راہ سے اور دہن میں سے ہو کر بزور خارج ہو جاتے ہیں۔ بالغوں میں قئے عموماً ایک نہایت دردناک فعل ہوتا ہے۔ لیکن یہ درد غالباً اس وجہ سے ہوتا ہے کہ معدے کے ما فیہ ایک مسدود فواد میں سے بزور خارج کئے جاتے ہیں۔ قئے بجائے خود بلا درد ہوتی ہے، جیسا کہ خود راقم الحروف نے ایک بار اُس وقت مشاہدہ کیا جب کہ اس نے ایک سخت قاثاطیر کے سرے پر بندھی ہوئی تھیلی کو خود اپنی مَری کے نیچے دھکیلنے کی کوشش کی۔ اس کے سوا کچھ نہیں ہوا کہ وہ شکمی انقباضات سے باہر نکل آئی۔ نہایت چھوٹے بچوں کی قئے اور ہسٹیریائی قئے بلا درد ہوتی ہے، اور اکثر یہی صورت حالات اُس وقت بھی ہوتی ہے جب کہ قئے درون جمجمی مرض کی وجہ سے ہو۔ انحنائے صغیر کے زیریں حصے کا تہیج قئے کے حرکات پیدا کر دیتا ہے۔ عضلاتِ شکم منقبض ہوتے ہیں اور معدہ بے حرکت رہتا ہے (11)۔ 335

(۲) مزمن سوءِ ہضم پیدا کر دینے والے ضررات:۔

(الف) خود معدہ ہی اولی سبب ہو سکتا ہے، یا تو اپنے عضلہ کی تنش کی کمی کے نتیجہ کے طور پر (اس حالت میں معدہ اکثر لٹک پڑتا ہے۔ ملاحظہ ہو صفحہ 339)، یا جلی عضوی مرض، جیسے کہ معدی قرحہ اور سرطان، اور بوابی ضیق، یا مزمن التہاب معدہ کے نتیجہ کے طور پر۔

(ب) سوءِ ہضم معکوس طور پر ان ضررات سے پیدا ہو سکتا ہے:۔ علوی ضررات جو کہ فاصلہ پر واقع ہوں، نیز اثنا عشری قرحہ، مزمن التہاب زائدہ سنگہائے صفرا، اور مرارہ کے دوسرے ضررات، مزمن التہاب لبلبہ، ضررات گردہ، بالخصوص

حرکت پذیر گردہ اور سنگ گردہ۔ وہ قبض کے بعد ثانوی طور پر بھی ہو سکتا ہے۔ ہُزال نخاع کے معدی بحرانات میں اولی ضرر پچھلی عصبی جڑوں میں ہوتا ہے۔ ذُبحۂ صدریہ (angina pectoris) ایک ثانوی سوءِ ہضم پیدا کر سکتا ہے (بالخصوص سوزش سینہ)۔ یہ امر کہ ان مثالوں میں سوءِ ہضم کی پیدائش معکوس طور پر ہوئی ہے، مشاہدات ذیل سے ظاہر ہوتا ہے۔ مزمن التہابِ زائدہ میں زائدے کے رقبہ پر دست ورزی کرنے سے معدے کے انحنائے کبیر کا ایک محدود المقام تشنج پیدا ہو گیا۔ ایسا ہی تشنج عملیہ کے وقت ایک اثنا عشری ترحہ کی بار یطونی سطح کی برقی تہییج سے پیدا ہو گیا (11)۔ سنگہائے صفراء سے یرقان کے ایک مریض میں شراسیفی درد معدی حرکات کے ساتھ وابستہ پایا گیا۔ ایک مزمن طور پر ملتہب زائدہ کی دست ورزی کرنے پر معکوس تحت القصی درد دیکھا گیا (25)۔

(ج) سوءِ ہضم نسبتہً زیادہ عام عوامل کے باعث بھی ہو سکتا ہے:۔ مثلاً پروٹین غریبہ کے لئے حساسیت (ملاحظہ ہو صفحہ 138)، دماغی تشویش، حد سے زائد محنت اور دوسرے مضعف اثرات، جیسے کہ طویل علالت، بخار، عدم دمویت، مرض برائٹ، جو کہ معدے کی دیوار کی زیر تغذیہ گی پیدا کر کے یا اُس کے افراز میں مداخلت کر کے عمل کرتے ہیں۔ قلیل شکر دمویت، درد کے ساتھ بھوک کا احساس پیدا کر سکتی ہے۔ یہ امر کہ بعض اشخاص بلا کسی ظاہری سبب کے ساری عمر سوءِ ہضم میں مبتلا رہ سکتے ہیں، گذشتہ زمانوں میں اس خیال کا موجب ہوا کہ ایک سوءِ ہضم "بلا سبب" (dyspepsia "sine materia") بھی ہوتا ہے۔ لیکن ان مریضوں میں اگر غور کے ساتھ امتحان کیا جائے تو اغلب ہے کہ قطع نظر نمایاں عضوی مرض کے، کوئی نہ کوئی ضرر ضرور پایا جائے گا، خواہ یہ دیوار معدہ کی اس کمزوری کی شکل میں ہو جسے بے تنشی سوءِ ہضم (atonic dyspepsia) کا نام دیا گیا ہے، یا غشائے مخاطی میں نزفی تاکلات کی صورت میں ہو (24)۔ موجودہ راقم الحروف مزمن سوءِ ہضم میں خفیف نزف کی کثیر الوقوع موجودگی سے بہت متاثر ہوا ہے۔ راقم الحروف کے مریضوں کی غالب تعداد معدے اور اثنا عشری کے لاشعاعی مناظر میں کوئی صریح غیر طبعی حالت نہیں ظاہر کرتی، لیکن اجابتوں میں مخفی خون موجود ہوتا ہے اور وہ ہیما ٹو پورفرین کا طیف ظاہر کرتی ہیں۔ اور یہ اب

مزمن التہاب معدہ کی طرف منسوب کیا جاتا ہے۔ ترشئی سوءِ ہضم (acid dyspepsia) کی اصطلاح ایک ہی مختلف الوقوع علامت، یعنے کھٹی ڈکاروں کے طرف اشارہ کرتی ہے، جن کے ساتھ معدی افراز میں کثرت حمض الملح کبھی ہوتی ہے کبھی نہیں ہوتی۔ عصبی سوءِ ہضم (nervous dyspepsia) کی اصطلاح عضوی عصبی مرض یا اختلالی دماغی حالتوں کا سوءِ ہضم بیان کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے، جیسے کہ عدم اشتہا اور متلی کے ہمراہ شراسیف کے مقام پر محسوس ہونے والی بے چینی اور ڈوبنے کا احساس جو کہ بعض نفسی عصبانی حالتوں کا ممیز خاصہ ہیں۔

عصبی عدم اشتہا (anorexia nervosa)۔ دماغی ما خذ کے اس مرض میں، جس کا ذکر گل (Gull) نے کیا ہے، مریضہ (جو کہ عموماً ایک نوجوان عورت ہوتی ہے) غذا لینے سے انکار کر دیتی ہے یا بہت کم غذا لیتی ہے اور لاغر ہو جاتی ہے۔ وہ بیان کرتی ہے کہ وہ بیمار نہیں ہے بلکہ ممکن ہے کہ وہ غیر معمولی چستی بھی ظاہر کرے۔ مرض کی ابتدا بہت سی مثالوں میں اس طرح ہوتی ہے کہ مریضہ اپنا جسم چھریرا رکھنے کی کوشش کرتی ہے۔ وہ اپنا وزن حد سے زیادہ گھٹا دیتی ہے، یہاں تک کہ خاندان والے فکر کرنے لگتے ہیں بلکہ اس کا پیچھا لیتے ہیں اور سرزنش کرنے لگتے ہیں، لیکن اس کا واحد اثر یہی ہوتا ہے کہ وہ اور بھی زیادہ مستعدی کا اظہار کرتی ہے۔ ممکن ہے کہ تغذیہ کی کمی سے تدرن کی نوبت پہنچ جائے۔ علاج سختی کے ساتھ کرنا چاہیئے، اور اس مقصد کے لئے بستر میں آرام وسکون اور ایک مجوزہ غذا دینی چاہیئے، اور ایک خاص ممرضہ ہونی چاہیئے تاکہ یہ یقین ہو کہ وہ غذا درحقیقت لی گئی ہے۔ سرکش یا ضدی مریضاؤں میں ممکن ہے کہ ناک کی راہ سے غذا پہنچانے کی ضرورت پیش آئے۔

سوءِ ہضم کی علامات، سبب مرض کے دفع کر دینے کے بعد ممکن ہے کہ کچھ عرصہ تک باقی رہیں۔ اس کی مثال ایک تجربہ سے ملتی ہے، جس میں مری کو ایک تھیلی سے پھلایا گیا تاکہ درد پیدا کیا جائے۔ عظم القص پر کی جلد الیم تھی اور پشت میں درد تھا۔ تجربہ ختم ہونے کے بعد یہ دونوں علامتیں چند گھنٹوں تک قائم رہیں، اور دوسرے دن معمولی سوءِ ہضم کا ایک شدید حملہ ہو گیا۔ غالباً مری کے عضلی ریشے خفیف طور پر متنفر ہو گئے تھے اور ان سے منعکس معدی اختلالات پیدا ہو گئے۔

علامات - یہ مختلف مریضوں میں مختلف ہوتے ہیں۔

درد - سوء ہضم کا اظہار اکثر اوقات شراسیفی خطے میں درد سے ہوتا ہے، جو غذا لینے کے بعد شروع ہو جاتا ہے، اور کچھ عرصہ تک جاری رہکر بتدریج موقوف ہو جاتا ہے۔ یہ درد عموماً ناف کے گرد، اور بالخصوص اس سے ذرا اوپر، یا قص خنجری کے لیول پر یا بائیں ضلعی حاشیہ کے برابر برابر واقع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ عظم القص کے پیچھے محسوس ہو۔ اس درد کو وجع القلب (cardialgia) یا سوزش سینہ (heartburn) کہتے ہیں۔ اکثر یہ "پشت کے آر پار" جا کر شانوں کے درمیان محسوس ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ معدی درد سُر میں محول ہو کر درد آبرو پیدا کردیں۔ دوسری اصابتوں میں درد اس وقت شروع ہوتا ہے جب کہ معدہ خالی ہو، اور ادخال غذا سے اُس میں آرام ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ درد کے بجائے صرف ایک تکلیف، ضیق، یا پُری کا احساس یا جی ڈوبنے کا احساس ہو۔ ممکن ہے کہ شدید درد کے ساتھ یا اس کے بعد اوپر کی جلد پر اوپری الیمیت موجود ہو، یا شکم کو دبانے پر عمیق الیمیت پائی جائے۔

ریحیت - اس کا وقوع بدہضمی کی تمام قسموں میں عام ہوتا ہے۔ معدہ پھول جاتا ہے اور ساتھ ہی بالائی شکم میں تکلیف ہوتی ہے اور ڈکار آنے سے درد میں تخفیف ہو جاتی ہے۔ ریحیت کا سبب عموماً بلع الہوا سمجھا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 338)، لیکن بعض اوقات ریحیت جزءً اُس CO_2 کی وجہ سے ہوتی ہے جو اثنا عشری کے قلوی مافیہ کے بازرو ہونے اور معدے میں تُرشئی معدی مافیہ کے ساتھ اُس کے مل جانے سے پیدا ہوتی ہے۔ اس طرح معدے کے اندر کی گیس میں بعض اوقات ۱۰ فی صدی CO_2 پائی گئی ہے۔

متلی سوء ہضم کی ایک عام علامت ہوا کرتی ہے، اور قئے نسبتہً کم کثیر الوقوع علامت ہے، بہ استثنائے الکحلی سوء ہضم کے، جس میں وہ اکثر ہوا کرتی ہے۔ قئے کردہ مادہ یا تو کھائی ہوئی غذا پر مشتمل ہوتا ہے یا صرف مخاط پر۔ متواتر قئے ہونے کی حالت میں ممکن ہے کہ صفراء اور خون کی چند دھاریاں خارج ہوں۔ حرقان القلب (pyrosis, or water brash) اُس حالت کا نام ہے، جس میں مایع کی کچھ مقدار ڈکار کے ذریعہ سے مُنہ میں آجاتی ہے۔ یہ مایع بعض اوقات تعدیلی تعامل والا یا قلوی ہوتا ہے، اور ایسی

حالت میں اسے عموماً بیشتر ریق پر مشتمل سمجھا جاتا ہے ۔ لیکن یہ اکثر ترشی ہوتا ہے ۔ اس کے ساتھ حلق میں اور عظم القص کے پیچھے جلن کا احساس ہوتا ہے ۔ یہ ترشہ سے جلنے کی وجہ سے نہیں ہوتا، کیونکہ اس طاقت کا ترشہ مری میں کوئی احساس نہیں پیدا کرتا ۔

عام علامات ۔ زبان مختلف طرز کی ہوتی ہے ۔ بعض اوقات وہ فردار ہوتی ہے ۔ یہ فر پتلی اور سپید، یا دبیز اور زرد یا بھوری ہو سکتی ہے ۔ وہ فر جو اکثر پائی جاتی ہے رقیق غذا کی وجہ سے ہو سکتی ہے، جب کہ چبانے کا عمل نہ ہوا ہو، یا سیلان ریق کی کمی کی وجہ سے ہو سکتی ہے، جب کہ سطح کے چھلکے رگڑ کر جدا نہ ہوئے ہوں ۔ اس کے ساتھ سانس بودار ہوتی ہے ۔ قبض اکثر ہوا کرتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ اس کی اثنا میں کبھی کبھی اسہال ہو جائے ۔ بھوک تغیر پذیر ہوتی ہے، ممکن ہے کہ پیاس موجود ہو، بالخصوص قئے کی حالت میں سوءِ ہضم کے ساتھ اکثر جلدی ثورانات، احمرار گلابی کنی (rosacea)، شری (urticaria) اور معمولی کنی پائے جاتے ہیں ۔ بدن پر عام طور پر، یا زیادہ صحیح الفاظ میں عصبی نظام پر جو اثر ہوتا ہے اس کا اظہار کسلمندی، محنت کے لئے بے رغبتی، چکر، نظر کے موضوعی احساسات، غنودگی، چڑچڑے پن، اور دماغی پستی کی صورت میں ہوتا ہے ۔ علاوہ ازیں خفیف عدم دمویت یا پھیکاپن، کسیقدر نقصانِ تغذیہ، اور مزمن اصابتوں میں چہرہ پر تکلیف یا تشویش کے مستقل آثار کا پایا جانا بھی غیر عام نہیں ۔ لیکن دوسری مثالوں میں خرابیٔ معدہ کی کوئی عام دلالت نہیں پائی جاتی ۔

تشخیص ۔ سوءِ ہضم کے علامات، اور غذا یا بھوک کے ساتھ اُن کا وابستہ ہونا، اس قدر مخصوص و ممیّز ہے کہ تشخیص میں کوئی دقت پیش نہیں آتی ۔ بایں ہمہ اس حالت کے سبب کی تشخیص کرنا ایک بالکل دوسری بات ہے، اور دیرینہ اصابتوں میں کامل عام سریری امتحان کے علاوہ، غذائی خطہ کے لاشعاعی امتحان، مخفی خون کے لئے براز کے امتحان، امتحانی خوراک اور اثنا عشری کے مافیہ کے تجزیہ ان سب سے قیمتی معلومات کا حاصل ہونا ممکن ہے ۔ اُس وقت بھی جب کہ معدے کا کوئی بڑا مرض خارج از بحث کر دیا گیا ہو، مخفی خون کی موجودگی ممکن ہے غشائے مخاطی کے نزفی ضرر پر دلالت کرے، جو ممکن ہے کہ مزمن معدی التہاب کی وجہ سے ہو ۔

علاج ۔ اگر کوئی مرض یا ناقص طرز زندگی سوءِ ہضم پیدا کر رہی ہو تو اس کا

تدارک کرنا ضروری ہے۔ خصوصاً فمّی عفونت کے دفعیہ کے طرف متوجہ ہونا چاہئے۔ سوءِ ہضم کے حقیقی علاج کی جماعت بندی حسبِ ذیل طریقے پر کی جاسکتی ہے: —

337　(۱) غذا: تمام ایسی غذاؤں سے کہ جن کے اندر پھلوں کے بیجوں اور چھلکوں کی شکل میں غیر ہضم پذیر ثفل موجود ہوں پرہیز کرنا چاہئے، اور ٹھوس غذا کو نگلنے سے پہلے پوری طرح چبا لینا چاہئے، یا دانت نہوں تو اس کا چورا کرکے کھانا چاہئے۔ تیز خوشبودار یا مسالے دار چٹنیوں، تلی ہوئی غذاؤں، کئی کئی اجزاء والے کھانوں، گرم مسالوں، کھٹے پھلوں، اور کچی چیزوں، جیسے کہ مولیوں، سلاد (salad) وغیرہ کا استعمال ممنوع ہے۔ غذا سادہ ہونی چاہئے، لیکن جن چیزوں کی اجازت ہے ان کی نام بنام فہرست دینا ناممکن ہے۔ بہت کچھ خود مریض کے تجربہ پر منحصر ہوتا ہے۔ مندرجہ ذیل اصول یاد رکھنا چاہئے: — لحمی غذائیں معدے کی تہییج کرکے ایک اعلیٰ درجہ کا ترشئی رس پیدا کرتی ہیں جس کے ساتھ پیپسین بھی پیدا ہوتی ہے اور یہ غذائیں ایسے واسطہ کے اندر بہترین ہضم ہوتی ہیں۔ نشاستہ دار غذائیں ریق کے اینزیم (enzyme) سے ہضم ہوتی ہیں، جس کے لئے خفیف سے قلوی واسطہ کی ضرورت ہوتی ہے، لیکن شحوم ہائڈرو کلورک ایسڈ کا افراز کم کردیتی اور معدے کے خالی ہونے میں تاخیر واقع کردیتی ہیں۔ لہٰذا معمولی حالات کے تحت اور بالخصوص اس وقت جب کہ معدی رس کسیقدر کم ہو، گوشت کھانے کے شروع میں دینا چاہئے تاکہ معدی رس کی پیدائش کی تہییج ہو، اور پھر کھانے کی تکمیل نشاستہ دار غذاؤں اور شحوم کے ذریعہ کرنی چاہئے جو سبزیوں، اناج (cereals) یا پھلوں، اور ساتھ ہی مکہ یا بالائی کی صورت میں ہوں۔ اس کے برعکس اگر معدی رس کا افراز نہایت افراط کے ساتھ ہو تو ابتداءً شحوم (½ ۱ اونس روغن زیتون یا روغن کے اندر سارڈین مچھلیاں مکہ کے ساتھ دی جائیں) اور ازاں بعد گوشت اور اناج وغیرہ دینے سے بہترین نتائج حاصل ہوسکتے ہیں۔ شحم کے ذریعہ افراز کو کم کرنیکا طریقہ غالباً بہتر ہے بہ نسبت اس کے کہ معدہ کے اندر ہائڈرو کلورک بن جانے کے بعد اس کی تعدیل دواؤں کے ذریعہ کی جائے۔ لحمی غذاؤں کے ساتھ چربی نہیں دینی چاہئے، اور ممکن ہے کہ لحم خنزیر میں زیادہ چربی کی موجودگی ہی اس کا سبب ہو کہ وہ ناقابل برداشت ہوتا ہے۔ مچھلی، جس کی بہت سی قسموں میں چربی نہیں ہوتی، عموماً سب سے زیادہ قابلِ

برداشت ہوتی ہے۔

زیادہ شدید اصابتوں میں معمولی جسامت کا کھانا لیا ہی نہیں جاسکتا، اور یقیناً صورت حالات ایسی ہوتی ہے کہ جب معدہ میں غذا تھوڑی مقدار میں ہو تو وہ اپنا فعل بہترین طور پر انجام دیتا ہے، اور جب معدہ بھرا ہوا یا بالکل خالی ہوتا ہے تو درد یا تکلیف محسوس ہوتی ہے۔ اسی واسطے غذا ایک وقت میں تھوڑی مقدار میں اور متواتر وقفوں کے بعد دینا مناسب ہے۔ ہلکے سے ناشتے، اور دوپہر اور رات کے کھانوں کے علاوہ ان اوقات پر بھی تھوڑا کھا لینا چاہیئے:۔ صبح کے وقت سو کر اٹھنے کے بعد، صبح کے درمیانی وقت میں، ۴ بجے شام کو، اور رات کو سونے سے پہلے۔

غذا کے مایع حصہ پر دو نقطوں سے نظر ڈالی جاسکتی ہے۔ اولاً سیال کا وہ حجم ہے جو غذا کے ٹھوس حصے کے ساتھ مل کر ہضم کے لئے انسب ارتکاز (optimum concentration) پیدا کر دیتا ہے۔ اس کو کھانے کے دوران میں یا کھانے کے فوراً بعد لے لینا چاہیئے، اور یہ چوبیس گھنٹوں میں ایک پنٹ یعنے ڈیڑھ پاؤ تک لیا جاسکتا ہے۔ مزید سیال، جو مقدار میں ایک یا دو پنٹ ہوتا ہے، وہ ہے جو کہ جسم کے عام تحول میں ضروری ہوتا ہے۔ اسے کھانے سے پاؤ یا آدھ گھنٹے پہلے لینا چاہیئے۔ جامدات اور مایعات کو ہمیشہ گرم کر لینا چاہیئے۔ مناسب ترین سیالات پانی، ہلکی چاے یا کوکو ہیں، اور یقیناً دودھ بھی جو کہ ایک اہم غذا بھی ہے۔ الکحل نہیں لینی چاہیئے۔

سوءِ ہضم کے بعض مریض بہت لاغر ہو جاتے ہیں کیونکہ وہ ناگوار نتائج کے خوف سے غذا لینے سے انکار کر دیتے ہیں۔ ایسے مریضوں کے لئے بستر پر آرام کرنا ضروری ہے، اور انھیں اپنی قاعدی احتیاج (basal requirement) (ملاحظہ ہو صحفہ ۳۷) سے زائد غذا لینے پر مجبور کرنا چاہیئے یہاں تک کہ ان کا وزن پھر اتنا ہی ہو جاے۔ ایک عمدہ تجویز یہ ہے کہ تغیر پذیر ناشتہ، اور دوپہر اور شب کا کھانا دیا جائے، اور غذا کی مقدار قاعدی احتیاج کے معادل ہو۔ علاوہ ازیں سو کر اٹھنے کے بعد، ۱۱ بجے صبح ۴ بجے شام کو، اور شب میں آخری چیز کے طور پر ۳ پنٹ (ایک سیر دو چھٹانک) دودھ لے لیا جائے۔

ادویہ۔ یہ صرف اسی وقت تجویز کی جائیں جب کہ غذا کی بہ احتیاط تنظیم

کرنے کے باوجود علامات کی شکایت ہو۔ ایک نہایت نفع بخش چیز CO_2 ہے، جو معدے کے اندر آزاد کرائی جا سکتی ہے اور جس کا فعل معدی انقباض کا امتناع کرنا یا ڈکاریں لانا ہے جن سے درونِ معدی دباؤ کم ہو جاتا ہے۔ دو آمیزے تیار کئے جاتے ہیں :۔ (۱) سوڈا بائی کارب۔ گرین ۳۰، خیساندہ جنتیانہ مرکب تا بحد ایک اونس۔ (۲) سائٹرک ایسڈ، گرین ۳۰۔ آبِ کلورافارم، تا بحد ایک اونس۔ ڈکاروں کا اعظم اثر حاصل کرنا ہو تو سب سے پہلے آمیزے کے بعد فوراً دوسرا آمیزہ استعمال کیا جاتا ہے۔ اگر اس سے خفیف تر اثر پیدا کرنا ہو تو پہلے آمیزے کا ایک ٹی سپون فل لینے کے بعد دوسرے آمیزے کا ایک ٹی سپون فل لیا جائے اور اس کا تکرار کیا جائے یہاں تک کہ درد یا تکلیف کا ازالہ ہو جائے۔ سوڈا بائی کارب کے بجائے تیار شدہ کھڑیا (prepared chalk) اور میگنیشیا کارب (mag. carb.) کے مساوی حصوں کا ایک ٹی سپون فل قدرے پانی کے اندر ملا کر اسی طرح استعمال کیا جا سکتا ہے۔ میگنیشیا کارب اُس قبض کو رفع کرنے میں مفید عمل کرے گا جو اکثر موجود ہوتا ہے۔ جب سوڈا بائی کارب تنہا دیا جاتا ہے تو درد رفع کرنے میں اس کا مفید اثر تقریباً یقینی طور پر اسی وجہ سے ہوتا ہے کہ معدے میں کے ترشہ سے CO_2 آزاد ہوتی ہے، نہ کہ سوڈا بائی کارب کی قلوی خاصیت کی وجہ سے۔ سائٹرک ایسڈ دینے کا یہ فائدہ ہے کہ وہ اس عمل کو اور بھی زیادہ یقینی کر دیتا ہے، اور دورانِ ہضم میں دفعتہً معدی رس کے ہائڈروکلورک ایسڈ کی تعدیل کر دینا غالباً بہت سی اصابتوں میں ایک خراب مزاولت ہے۔ اگر CO_2 کے اثر سے بالکل علیحدہ ایک قلی تجویز کرنا مقصود ہو تو میگنیشیم آکسائڈ استعمال کیا جا سکتا ہے۔ جہاں یہ شبہ ہو کہ غشائے مخاطی میں ضررات موجود ہیں، وہاں ان ضررات کو ایک پلستر سے ڈھانکنے اور اس طرح ان کی حفاظت کرنے کے مقصد سے بسمتھ (bismuth) یا کے اولین (kaolin) تجویز کر سکتے ہیں۔ لیکن انھیں خاصی بڑی مقداروں میں، مثلاً ۲ تا ۴ ڈرام کی مقداروں میں لعاب (mucilage) کے ساتھ پانی میں معلق کر کے دینا چاہیئے۔ سوءِ ہضم کی بعض اصابتوں میں مرقق ہائڈروکلورک ایسڈ، ایک ڈرام تک کی مقداروں میں، پانی کے ساتھ خوب ہلکا کر کے کھانے کے ساتھ اور اس کے بعد لیا جائے تو بہت مفید ہوتا ہے، بالخصوص اُس وقت جب کہ معدی رس کا HCl پست ہو اور بہت رعیت کے ساتھ چہرے کی تمتماہٹ موجود ہو، جیسے کہ گلابی کنی کی اصابتوں میں۔

338

دوسری دوائیں جن کو کاسرِ ریاح کہتے ہیں، زمانۂ دراز سے لی گئی ہیں، اور اُن کی فی الحال اہمیت ہے۔ وہ یہ ہیں:۔ سال وولیٹائل (Sal volatile)، کچلہ کا صبغیہ (tr. nucis vomicæ) اسٹرکنین (strychnine)، عرق الذہب (ipecacuanha) نباتی مُرّیات (vegetable bitters) جیسے کہ کیالمبا کی جڑ (calumba root)، اور طیران پذیر روغنیات (volatile oils) جیسے کہ روغن پودینہ۔

طبیعی طریقے۔ شکم کے بالائی حصہ پر لگائی ہوئی حرارت ایک قوی ممدِ ہضم ہے اور غالباً اپنا عمل خراشِ مقابل کی طرح معکوس طور پر موثر حشائی حرکات پیدا کرکے کرتی ہے۔ حرارت کا استعمال کھانے کے بعد گیمگی ٹشو (Gamgee tissue) کو شکم کے گرد باندھ کر، یا ایک چھوٹی نقل پذیر گرم پانی کی تھیلی یا برقی یا معمولی پولٹسوں یا پلستروں [جن میں اینٹی فلاجسٹین (antiphlogistin) یا تھرموجن وول (thermogene wool) شامل ہیں] کی وساطت سے کیا جاسکتا ہے۔ دوسرے طریقے جن کا اطلاق سقوط المعدہ (gastroptosis) کی حالت پر ہوتا ہے کہ جس میں افعال حرکی کی قلت ہوتی ہے، صفحہ 340 پر بیان کئے گئے ہیں۔ نہایت شدید حاد غیر علاج پذیر درد معدہ کی اصابتوں میں، معدے کے اندر ایک نلی گزارنا چاہئے تاکہ دباؤ کم ہوجائے۔ یہ مارفیا دینے کے نسبت زیادہ مناسب ہے، لیکن بعض اوقات مارفیا کا دینا ناگزیر ہوجاتا ہے۔

بلع الھوا

(ærophagy)

بلع الھوا یا بکثرت ہوا نگلنے کی حالت ریحی سوءِ ہضم کی ایک قسم پیدا کردیتی ہے۔ گذشتہ زمانہ میں معدے میں گیس کا اجتماع تخمیر کا نتیجہ سمجھا جاتا تھا۔ لیکن طبعی طور پر یہ کسی معتدبہ حد تک نہیں واقع ہوتا، کیونکہ معدی مافیہ بہت ترشئی ہوتے اور معدے میں بہت قلیل عرصہ تک ٹھہرتے ہیں۔ معدہ کا سرطانی سلعہ، جو بوّابی ضیق (pyloric stenosis) پیدا کردیتا ہے، وہ خاص حالت ہے جس سے تخمیر کی استعداد پیدا ہوجاتی ہے، کیونکہ اس حالت میں پست ترشگی اور غذا کا رکود دونوں موجود ہوتے ہیں۔ طبیعی طور پر غذا کے ساتھ کسیقدر ہوا نگلی جاتی ہے، جو لاشعاعوں کے ذریعہ معدے کے اندر،

دائیں ڈایافرام سے بالکل نیچے ہی ایک صاف رقبہ کے طور پر دیکھنے میں آتی ہے اور وہ طبلی آواز پیدا کر دیتی ہے جو معدے کے بالائی حصے پر قرع کرنے سے حاصل ہوتی ہے۔ وہ حالت جو بلع الہوا کے نام سے مشہور ہے، صرف اُسی وقت موجود سمجھی جاتی ہے جب کہ ہوا کی بہت زیادہ مقداریں نگلی جائیں، اور خاص کر جب کہ یہ عمل کھانوں کے درمیان بھی جاری رہے۔

بحث اسباب۔ بلع الہوا کی اصابتوں کے تین گروہ ہوتے ہیں:۔

۱۔ **سوءِ الہضمی۔** اِسے اُس طبعی میکانیت کا جس کے ذریعہ سے معدے میں ہوا داخل ہوتی ہے (24) مبالغہ آمیز حالت سمجھنا چاہیئے (ملاحظہ ہو صفحہ 335)۔

۲۔ **خراب عادات۔** یہ سوء الہضمی قسم سے قریبی تعلق رکھنے والا گروہ ہے اور ممکن ہے کہ اُسی سے پیدا ہو جائے۔ مریض کسیقدر تکلیف محسوس کرتا ہے، جیسے کہ شراسیف میں تنگی یا پُری کا احساس، اور اسے محسوس ہوتا ہے کہ اچھی طرح ڈکار لے کر وہ اس میں تخفیف پیدا کر سکتا ہے۔ تکلیف کا یہ احساس ممکن ہے کہ خود بخود پیدا ہو جائے، یا حاد بدہضمی یا حاد معدی قرحہ، یا کسی دوسری بیماری کے حملہ کا نتیجہ ہو۔ نیز یہ اصلی سبب کے دفع ہو جانے کے بعد بھی بدستور قائم رہتا ہے۔ یہ معدے میں گیس کی زیادتی کی وجہ سے نہیں ہوتا، اور معدہ اکثر تقریباً خالی ہوتا ہے۔ مریض ڈکار دے کر تخفیف مرض کی کوشش کرتا ہے، لیکن اس کا اثر یہ ہوتا ہے کہ ہوا زور کے ساتھ معدے کے اندر داخل ہو جاتی ہے، جس سے تکلیف اور بڑھ جاتی ہے۔ مریض ایسا ایک دوبار اور کرتا ہے، یہانتک کہ ہوا کی بہت بڑی مقدار جمع ہو جاتی ہے۔ ایک اور مرتبہ ڈکار لینے پر ساری گیس خارج ہو جاتی ہے اور فی الفور کامل آرام کا احساس ہوتا ہے۔ تھوڑے عرصہ کے بعد پھر وہی تکلیف کا احساس ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ یہی دَور غیر متعین طور پر بار بار ہوتا ہے۔ دوسرے مریضوں کو یہ شکایت ہو جاتی ہے کہ ہر چند سکنڈ کے بعد ان کو بلند آواز کے ساتھ ڈکاریں آتی ہیں، جس کی وجہ سے وہ خود اپنے لئے اور دوستوں کے لئے ایک وبال ہو جاتے ہیں۔ فی الحقیقت یہ ایک قسم کا "قلص" ("tic") ہے اور اکثر ہسٹریائی ہوتا ہے۔ ایسی اصابتوں میں ہوا معدے میں نہیں داخل ہوتی، بلکہ وہ مرّی کے اندر چوسی جاکر فی الفور زور کے ساتھ باہر نکال دی جاتی ہے۔ اور بھی دوسری اصابتوں میں ہوا امتصاص

339

کے ذریعہ معدے کے اندر کھینچ آتی ہے۔

۳۔ افراطِ ریق۔ اِس کا سبب مبہم ہے۔ لیکن جب یہ پیدا ہوتا ہے تو مریض اسے دن بھر برابر نگلتے رہتے ہیں، اور ساتھ ہی ہوا بھی نگلی جاتی ہے۔

علامات یہ ہیں:۔ شراسیف میں پُری اور ساتھ ہی تکلیف کا احساس، اور بعض اوقات شدید درد کے ساتھ تمدد، ڈکاریں، ہچکی، عدمِ اشتہا، قئے۔ بعض بعید معکوس اختلالات بھی بلع الہوا سے منسوب کئے جا سکتے ہیں، یعنے چہرہ کا امتلا، دردِ سر، جسم کا گرم ہوکر تمتما جانا، اختلاج، سرعتِ ضربات قلب، متزاد انکماشات اور مَری میں پیدا ہونے والے تحت القصی درد۔ یہ پایا گیا ہے کہ اگر معدہ کا تجربی تمدد پیدا کیا جائے تو مَری کی حرکت دودیہ میں زیادتی پیدا ہو جاتی ہے۔ نگلی ہوئی ہوا کا اکثر حصہ بواب کی راہ سے آگے چلا جاتا ہے اور لاشعاعوں سے عارضی طور پر اثنا عشری کے پہلے حصے میں دیکھا جا سکتا ہے۔ پھر یہ چھوٹی آنت میں سے گذر کر قولون کے اندر بڑے بڑے بلبلوں کی شکل میں جمع ہو جاتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مافیہ کے آگے بڑھنے میں مزاحمت زیادہ ہو جاتی ہے اور اس طرح اِس سے قولونی رکود کی ایک قسم پیدا ہو جاتی ہے۔ آخر کار ہوا مبرز کی راہ سے گوز بن کر نکل جاتی ہے۔ قولون کی راہ سے اُس کے گزرتے وقت اکثر قلقل کی آوازیں پیدا ہوتی ہیں، جن کو قراقرِ امعا کہتے ہیں۔

تشخیص۔ معدے اور امعاء کے اندر زیادہ گیس کی موجودگی لاشعاعوں سے دیکھی جا سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ معدہ چھوٹا ہو یا بڑا ہو۔

علاج۔ سوء الہضمی قسم پر پہلے ہی غور کیا جا چکا ہے۔ دوسری قسموں میں مریض کو احتیاط کے ساتھ پوری صورتِ حالات سمجھا دینی چاہیئے اور اُسے کھانوں کے درمیان میں جس قدر ممکن ہو کم نگلنے کی ہدایت کرنی چاہیئے۔ ایسا کرنے میں مریض کو اپنے مُنہ میں ایک سگریٹ کی مُنہ نال (cigarette-holder) پکڑے رکھنے سے، یا غضروف دَرَقی سے اوپر گردن کے گرد ایک تنگ گلو بند پہننے سے مدد مل سکتی ہے۔ ان ذرائع کی وساطت سے وہ نگلنے کے عمل کے آغاز سے مطلع ہو جاتا اور اپنے آپ کو قابو میں رکھ سکتا ہے۔ تنفسی ورزشیں بھی مفید ہوتی ہیں۔ کھانے کے وقت سیالات کو سُڑکنا یا غٹکنا نہ چاہیئے بلکہ ایک گلاس کے تنکے میں سے لینا چاہیئے۔ اِنذار اچھا ہوتا ہے

ہسٹیریائی اصابتوں کے لئے ممکن ہے کہ علاج کے خاص طریقوں کی ضرورت پیش آئے (ملاحظہ ہو صفحہ 785)۔

سقوط المعدہ

(gastroptosis)

احشاء پر سقوط کی اصطلاح کا اطلاق ہو تو اُس کا یہ مفہوم ہے کہ شکم کے اندر وہ معمول کے نسبت ایک نیچی جگہ پر واقع ہیں۔ سقوط المعلٰی تنہا پایا جاتا ہے، لیکن اکثر اوقات وہ احشاء کی عمومی گراوٹ کے ساتھ متلازم ہوتا ہے، جسے سقوط الاحشاء (visceroptosis) یا مرضِ گلینارڈ (Glenard's disease) کہتے ہیں۔ اِس مرض میں ممکن ہے سقوطِ کبد (hepatoptosis) (۴۸)، سقوطِ طحال (splenoptosis)، سقوطِ کلیہ (nephroptosis) (دائیں طرف کا ۱۹)، اور سقوطِ قولون (coloptosis) (۴۷) موجود ہو۔ یہ تمام حالتیں، خاص کر قولون اور اس کے عوجات کی گراوٹ بالکل تندرست شخصوں میں بھی مل سکتی ہے۔ اِن احشاء کے سقوط کے یہ معنی ہیں کہ پورا احشاء گر پڑتا ہے، لیکن سقوط المعدہ کی اصطلاح اس مفہوم میں نہیں استعمال کی جاتی، کیونکہ معدے کی چوٹی عملی طور پر ہمیشہ ڈایافرام سے متماس رہتی ہے۔ معدے کا زیریں حصہ ہی گر پڑتا ہے، یعنے یہ حشاء لمبا ہو جاتا ہے۔ ڈایافرام کی گراوٹ شاذ ہی واقع ہوتی ہے (2)۔

اسباب۔ صفحہ 327 پر بتایا گیا ہے کہ سقوط المعدہ بالکل تندرست اشخاص میں بھی واقع ہو سکتا ہے، یعنے لمبے اور تنگ سینہ اور شکم والے اشخاص میں۔ یہ حالت مردوں کے نسبت عورتوں میں زیادہ عام ہوتی ہے۔ جن عورتوں کو کوئی بچہ نہ ہوا ہو یا زیادہ سے زیادہ ایک یا دو بچے ہوئے ہوں، اُن کے نسبت اکثر یہ اُن عورتوں میں زیادہ عام ہوتی ہے جن کو کئی بچے ہو چکے ہوں۔ یہ بالخصوص تیس سال سے اوپر کی عمر میں ہوتی ہے۔ علامات کا پہلے پہل انکشاف حادنوعی حمیات یا التہاب زائدۂ دودیہ کے بعد، یا شکم کے جراحی عملیہ کے بعد، یا دماغی اور جسمانی محنت یا بار کے بعد ہوتا ہے۔ بہت زیادہ محنت بھی سقوط المعدہ پیدا کر سکتی ہے۔

340

علامات - قبض سب سے زیادہ عام ہے (۶۷) پھر شکم کی تکلیف (۳۵)، ریحیت (۵۴)، نقصانِ توانائی (۴۴)، درد شکم (۳۴)، وزن کا کم ہوجانا (۳۶)، دردِ سر (۳۱)، متلی (۲۴) اور سستی (۲۴)۔ سینہ کی جلن کسیقدر ممیز ہوتی ہے۔ یہ یقین کرنے کے لئے کوئی وجہ نہیں ہے کہ معدی تقرح سقوط المعدہ میں ان اصابتوں کی نسبت زیادہ عام ہوتا ہے جن میں شکمی علامات کے ساتھ معدہ طبعی محل وقوع رکھتا ہو، لیکن لاشعاعی مناظر سے اس امر کی طرف اشارہ ہوتا ہے کہ اثنا عشری تقرح (۲۳) کسیقدر زیادہ عام ہوتا ہے۔ پپڑی سے ڈھکی ہوئی زبان (۶۴)، ناکافی دانت (۴۳)، جو فیزی سیلان الدم (pyorrhœa alveolaris) (۱۹) عام تھے۔ عام عقیدے کے خلاف معدی بیش ترشگی کثیر الوقوع تھی (۴۹)، لیکن کم ترشگی بھی تھی (۲۱)[1]۔

تشخیص - سقوط المعدہ کو شناخت کرنے کا طریقہ یہ ہے کہ غیر شفاف کھانا دینے کے بعد مریض کو انتصابی وضع میں رکھ کر لاشعاعوں کے ذریعہ سے دیکھا جائے۔ طبعی حالت میں انحنائے صغیر حرقفی عرفوں سے اوپر ہوتا ہے، اور انحنائے کبیر اُن سے نیچے۔ جب معدہ گرا ہوا ہو تو ممکن ہے کہ انحنائے کبیر اس قدر نیچے ہو کہ انتہائی اصابتوں میں وہ ارتفاقِ عانی تک پہنچ جائے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۲، صفحہ 340)۔ جیسا کہ پہلے بتلایا گیا ہے، معدے کے محل وقوع کا نیچے ہونا تندرستی کی حالت کا منافی نہیں، اور ایسے عاملات موجود ہیں جو عارضی طور پر اس حالت کو پیدا کر سکتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 328)۔

سقوط المعدہ عموماً قلتِ تنش (۱۷) کے ساتھ متلازم ہوتا ہے، اور یہ غالباً علامات پیدا کرنے میں سب سے زیادہ اہم عامل ہوتی ہے۔ قلتِ تنش کا ثبوت غیر شفاف کھانے کی سو سو سی۔ سی کی مقداروں میں متواتر دینے سے حاصل کیا جا سکتا ہے۔ طبعی حالت میں عضلہ اس کا تفاعل اس طرح ظاہر کرتا ہے کہ وہ غذا کے استوانہ کو ایک مستقل بلندی پر قائم رکھتا ہے (شکل ۴۸ الف اور ب میں م ن)، خواہ دی ہوئی غذا کی مقدار کچھ بھی ہو لیکن جب معدہ میں قلتِ تنش ہوتی ہے تو غذا کا ابتدائی حصہ تہ نشین ہو جاتا ہے اور

---

[1] قوسین میں درج کئے ہوئے اعداد ظاہر کرتے ہیں کہ سقوط المعدہ کی غیر پیچیدہ ۱۰۰ اصابتوں میں سے جن میں شکمی علامات موجود تھے، کتنی اصابتوں میں یہ علامتیں موجود تھیں (26)۔

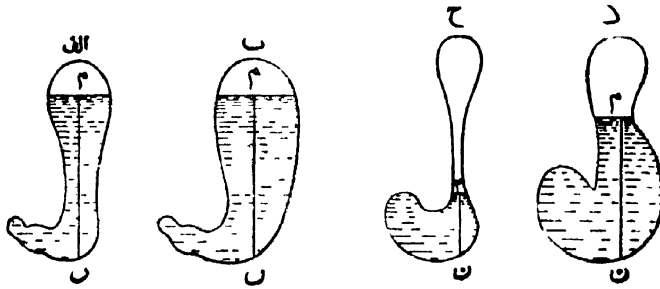
صفحہ ۲۱

ایک گرے ہوئے یا اطالت پذیر معدہ کی شعاع نگاشت جو کہ بیریم سے بھرا ہوا ہے۔ انحنا کبیرہ کا زیرین حصہ حوض میں اتفاق سے عین اوپر واقع ہے۔ یہ حرقفی عرف سے بہت نیچے ہے۔ معدہ کا بالائی حصہ نظر نہیں آتا لیکن معدہ کے وسط کے قریب درونہ تنگ نظر آتا ہے۔ یہ اطالت پذیر معدہ کی دیواروں کے لٹک پڑنے کی وجہ سے ہے۔ ریت گھڑی معدہ کی طرح اس میں کوئی تشنج یا ندبی انقباض نہیں جب معدہ گرتا ہے تو اس کا حجم طبعی سے زیادہ ہو جاتا ہے گویا یہ ایک قسم کا متسع معدہ بن جاتا ہے۔ دوسری قسم میں جو کہ ہوائی ضیق کے ساتھ متلازم ہے ایک بالکل دوسرا منظر نظر آتا ہے۔ (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۶ صفحہ 351) (مسٹر ڈبلیو لنڈ سے لاک کے لئے ہوئے ہوصفحہ ہے)

بالمقابل صفحہ 351

ایک بیش تنشی معدہ کی شعاع نگاشت ۔ یہ ایک چھوٹا سا معدہ ہے جو کہ بیریم سے بھرا ہوا اور شکم میں وار پار عرضی طور پر
پھیلا ہوا ہے۔ یہ شکم میں بہت بلندی پر ہے اور حرقفی عرفوں سے جو کہ تصویر میں دکھائے نہیں گئے بہت اوپر واقع ہے۔
اثنا عشری کا اول حصہ معدہ کے بوابی سرے کے پیچھے چھپا ہوا ہے ۔ بیریم کا تھوڑا سا حصہ گزر چکا ہے اور نیچے نظر
آرہا ہے۔ معدہ کے قعر میں ایک بہت بڑا ہوا کا بلبلہ ہے جو کہ بائیں ڈایافرام کے عین نیچے نظر آتا ہے معدہ میں سیال کا
بالائی لیول جو کہ افقی ہے ہوا سے نیچے نظر آتا ہے۔ (مسٹر ڈبلیو لنڈ سے لاک کے لئے ہوئے صحفہ سے)

بعد کے حصے معدے کو ایک تھیلی کی طرح پُر کر دیتے ہیں (24) (ملاحظہ ہو شکل ۴۸ ج اور د)۔ معدے کے خالی ہونے میں عموماً تاخیر ہو جاتی ہے (۷۵) اور لاشعاعی شہادت سے اکثر پتہ چلتا ہے کہ زائدۂ دودیہ کی غیر طبعی حالت (۵۹) قولون میں تاخیر (۶۶) سقوط القولون (۴۷) اور لفائفی رکود (۴۲) موجود ہے۔ معدہ کے نیچے ہونے اور اکثر قلتِ تنش کے باوجود معدے کے حرکات دودیہ فاعلی پائے گئے۔

تجویز کا طریقہ یہ ہے کہ عمر بھر باقاعدہ ورزش کی جائے، تنگ کارسیٹوں (corsets) اور زیادہ محنت سے احتراز کیا جائے، غذا ایسی لی جائے کہ جس میں پھل

شکل ۴۸

اور ترکاریاں بہ افراط ہوں، پاخانہ جانے میں پابندیٔ وقت کی عادت ڈالی جائے، اور آنتوں کی ہر بے قاعدگی یا علاماتِ سوءِ ہضم کے طرف فوری توجہ کی جائے۔

سقوط المعدہ کی ایک سریری علامت یہ ہے کہ ناف سے اوپر خطِ وسطی میں دبانے سے درد پیدا ہو جاتا ہے، اور اگر ہم زماں طور پر ارتفاقِ عانی سے عین اوپر دبایا جائے تو اس میں فوری تخفیف پیدا ہو جاتی ہے۔

علاج۔ نسبتاً خفیف اصابتوں میں ممکن ہے کہ کسی علاج کی ضرورت نہ ہو، اگرچہ ان میں بھی عضلاتِ شکم کو جمناسٹک یعنی اکھاڑے اور کسرت وغیرہ کی ورزش، گھوڑے کی سواری یا پھکیتی یا شمشیر زنی کی مشقوں سے کچھ تقویت دینا مفید ہے۔ شکمی دلک اور بجلی بھی مفید ہو سکتی ہے۔ زیادہ نمایاں اصابتوں میں ایک پیٹی

مسلسل دن بھر پہنے رہنا چاہیئے۔ یہ پیٹی ایسی بنی ہوئی ہو کہ ارتفاق عانی سے عین اوپر سخت دباؤ ڈالے۔ اور پیٹی کے اندر کے طرف ایک چھوٹی اُبھری ہوئی گدی رکھنا ایک عمدہ تجویز ہے۔ جہاں معدہ بہت متسع ہو ایک وقت میں کھانے کی تھوڑی تھوڑی مقداریں لینی چاہئیں، اور کھانے کے بعد مریض کو دائیں کروٹ پر لیٹ جانا یا پاؤں اور ہاتھوں کے بل چلنا چاہیئے، جس سے غذا کو بواب کے آر پار گزرنے میں آسانی ہو گی۔

ہسٹیریائی قئے

(hysterical vomiting)

دوسرے ہسٹیریائی مظاہر کی طرح، ہسٹیریائی قئے بھی عموماً کسی ایسی شکایت سے پیدا ہو جاتی ہے جس کی علامتوں میں سے قئے ایک علامت ہوتی ہے، اور جب اصلی شکایت رفع ہو جاتی ہے تو یہ قئے ایعاذ کی وجہ سے جاری رہتی ہے۔ وہ قئے جو حمل کے ساتھ قدرتی طور پر متلازم ہوا کرتی ہے، ایعاذ پذیر افراد میں اسی وجہ سے جاری رہ سکتی ہے۔ اس قسم کی قئے التہاب زائدہ دودیہ کے حملہ کے بعد اُس وقت بھی جاری رہ سکتی ہے جب کہ زائدہ دودیہ جراحی عملیہ کے ذریعہ سے خارج کر دیا گیا ہو۔ دوران جنگ میں "گیس زدگی" کی علامتوں میں سے قئے ایک علامت تھی، اور بہت سی اصابتوں میں ہسٹیریائی قئے پیدا ہو گئی۔

علاج۔ دوسری ہسٹیریائی اصابتوں کی طرح، اس میں علاج نفسی (psychotherapy) کا استعمال کرنا چاہیئے۔ مریض کو اصلی صورتِ حالات سمجھا دینا چاہیئے۔ تمام مخصوص دوائیں اور غذائیں جو ابتداءً قئے کی وجہ سے تجویز کی گئی تھیں، اور جو ممکن ہے کہ بذریعہ ایعاذ اس حالت کو جاری رکھیں، اب بند کر دینی چاہئیں، اور مریض کو معمولی غذا لینے کی ترغیب دینی چاہیئے۔ عسیر العلاج اصابتوں میں معدے کی راہ سے اثنا عشری میں ربر کی ایک پتلی نلی گزار کر مریض کو غذا دی جا سکتی ہے۔

دوری قئے

(cyclical vomiting)

نجی اور ہسپتالی مزاولت دونوں میں یہ شکایت تین تا تیرہ سال عمر والے بچوں میں نسبتاً عام ہوتی ہے، اگرچہ اس کا امکان ہے کہ اسے "صفراء کے حملوں" ("bilious attacks") کی تشخیص کے تحت نظرانداز کر دیا جائے جو غذا کی کسی بے احتیاطی سے منسوب کر دیئے جاتے ہیں۔ اِس کے حملے مختلف فاصلوں پر ہوا کرتے ہیں، اور ذہنی یا دماغی ہیجان (جیساکہ جلسوں کی شرکت سے یا امتحان دینے سے پیدا ہو جاتا ہے)، سرایت (جیسے کہ زکام یا التہاب لوزہ)، زائد عضلی محنت (جیسے کہ مسابقتی کھیلوں میں)، یا ہلنے سے (جیسے کہ موٹر کی سواری میں) شروع ہو جاتے ہیں۔ اکثر ان کی موجودگی کی ایک خاندانی سرگذشت ہوتی ہے، اور اِس شکایت کے موضوع بعض اوقات (گو کہ ہمیشہ نہیں) معمولی صحت کی حالت میں نہیں ہوتے، اور وہ قبض، غفلت، شحوب، عصبی مزاج، شب بولی (nocturnal enuresis)، پھسڈی پن (backwardness)، کیٹون بولیت (ketonuria) وغیرہ میں مبتلا ہوتے ہیں۔

علامات۔ حملہ دفعتہً شروع ہو جاتا ہے۔ علامات جو دو یا تین دن تک جاری رہتے ہیں، یہ ہیں:۔ کسلمندی، غنودگی، دردِ سر، قئے، اور انبطاع۔ ارتفاعِ حرارت جو ممکن ہے کہ ۱۰۳ درجہ فارن ہائٹ تک پہنچ جائے، پہلے دن ضرور موجود ہوتا ہے۔ دردِ شکم ہوتا ہے جو اکثر دائیں حرقفی حفرہ میں ہوتا ہے اور بعض اوقات اُس کے ساتھ اَلیمیت اور استواری ہوتی ہے، چنانچہ التہاب زائدۂ دودیہ سے مشابہت پیدا ہو جاتی ہے۔ راقم الحروف کے ایک مریض میں پاخانے حملہ کے آغاز میں بدبودار اور حملہ ختم ہو جانے کے بعد غیر معمولی طور پر بڑے تھے۔ قاعدہ ہے کہ حملہ کے دوران میں قبض ہوا کرتا ہے۔ مریض کی قئے اور سانس دونوں میں اَسیٹون (acetone) کی بُو آتی ہے، اور قارورہ کے اندر اَسیٹون اجسام (acetone bodies)، یعنے اَسیٹون اَسیٹو اَسیٹک ایسڈ (aceto-acetic acid)، بیٹا آکسی بوٹائرک ایسڈ (β-oxybutyric acid) پائے جاتے ہیں۔ یہ کیٹونیت حملہ کے آغاز میں، قئے

شروع ہونے سے پہلے موجود ہوسکتی ہے۔ اگر قئے جاری رہے تو بچہ جلد ہی دُبلا ہوجاتا ہے، اُس کا شکم بازکشیدہ، چہرہ لٹکا ہوا ہوتا ہے، اور آنکھوں میں گڑھے پڑجاتے ہیں۔ کبھی کبھی اس کا حملہ مہلک ہوتا ہے، اور دردِ سر، ہذیان، بیچینی، تشنجات کے ساتھ ہبوط یا کیتونیت کی وجہ سے توما ہوجاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 466)- مہلک اصابتوں میں جگر بالعموم شحمی انحطاط کی حالت میں پایا گیا ہے۔

امراضیات۔ بعض اصابتوں میں قلیل شکر دمویت پائی گئی ہے، اور بعض میں خون کی شکر معمولی مقداریں ہوتی ہے۔ یہ رائے پیش کی گئی ہے کہ عصب مشارکی کے تہیج کے ذریعہ سے اَیڈرینالین کا افراز زیادہ نکلتا ہے، اور یہ تکوینِ شکر کو بڑھاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 479)، اور بالآخر جگر کی گلائکوجن کو گلوکوز کی شکل میں بہ افراط منتشر کردیتا ہے، جو جسم کے اندر بہ سرعت جل جاتا ہے۔

تجویز اور علاج۔ حملوں کی روک تھام اور علاج اس طرح کیا جاسکتا ہے کہ بہ افراط شکر دی جائے۔ اگر بچہ بے ہوش ہے تو ۵ فی صدی ڈکسٹروز (dextrose) ایک انفی انبوبہ کی راہ سے جو کہ بواب یا اثنا عشری تک داخل کردیا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 479)، اور معاء مستقیم کی راہ سے دیا جاسکتا ہے۔ کیتونیت کا علاج بہ کثرت سیالات، سوڈا بائی کارب، وغیرہ دے کر کرنا چاہئے، لیکن انسولین نہیں دینی چاہئے۔

معدہ اور اثنا عشری کا حاد اتساع 342

(acute dilatation of the stomach & duodenum)

معدی اور اثنا عشری ایلاؤس

(gastric & duodenal ileus)

معدہ۔ اس قسم کی اصابتیں نسبتہً شاذ ہیں، اگرچہ اب بہت اصابتوں کا اندراج ہوا ہے۔ ان کے وقوع کا سبب آسانی سے سمجھ میں نہیں آتا۔ اِن کی غالب تعداد میں تسدد کا کوئی صریح سبب نہیں ہوتا، لیکن بعض اصابتیں معدے کو حد سے زائد بھر لینے کے بعد (خاص کر سبزی ترکاریوں سے) پیدا ہوگئی ہیں۔ کثیر المقدار گیس جلد پیدا ہوکر معدہ اُسی طرح پھول جاتا ہے جس طرح کہ ایک بھیڑ کا پہلا معدہ (rumen)

ہرے گیہوں کھالینے کے بعد۔ چند اصابتیں تضرر لگنے کے بعد واقع ہوگئی ہیں اور گمان غالب ہے کہ ان میں معدی عضلہ مشلول ہوجاتا ہے، اور ایک چوتھائی سے زائد اصابتیں جراحی اعمال کے بعد ہوئی ہیں۔ ایسی اصابتوں میں قیاس ہے کہ معدمِ حس (anæsthetic) دوا باعث مرض ہے، بالخصوص جب کہ وہ ایتھر ہو، کیونکہ اس معدمِ حس کے ساتھ مریضوں کے ہوا نگل لینے کا امکان ہوتا ہے۔

اس کا آغاز عموماً نہایت ناگہانی ہوتا ہے۔ مریض کو قے ہونے لگتی ہے جس کے ساتھ وہ بار بار ہرے، بھورے، یا رمادی سیال کی بڑی مقداریں باہر نکال دیتا ہے۔ اس کے ساتھ معدی تکلیف، درد، اور آلیمیت ہوتی ہے۔ شکم عموماً اپنے بائیں اور زیریں حصوں میں بہت پھولا ہوا ہوتا ہے، لیکن شراسیف نسبتہً چپٹا ہوتا ہے۔ صریح حرکتِ دودی بالکل استثنائی طور پر پائی جاتی ہے (سی۔ تھامپسن کی جمع کردہ چوالیس اصابتوں میں سے صرف ایک میں)۔ لیکن گمک، تموج، اور چھلکاؤ کی مختلف مقداریں حاصل ہوتی ہیں۔ مریض مہبوط ہوجاتا ہے، اُسے پیاس لگتی ہے، پیشاب کی مقدار کم ہوتی ہے، اور قبض ہوتا ہے۔ یہ علامتیں چند روز تک قائم رہ سکتی ہیں۔

موت کے بعد معدہ بے انتہا متمدد ہوتا ہے، اور نیچے عانہ تک پہنچکر اپنے اوپر خم کھاتا ہے اور اُس کا ایک حصہ اثنا عشری کے طرف واپس لوٹتا ہے۔ بعض اوقات تمدد کچھ دُور اثنا عشری میں بھی پھیل جاتا ہے۔

باکس (Box) اور والیس (Wallace) کے مشاہدات سے ظاہر ہوتا ہے کہ اِتساع جب ایک بار شروع ہوجاتا ہے تو متمدد معدہ شکم میں گر جاتا ہے اور اثنا عشری میں ایک ثنیہ پیدا کرکے اُس سے ایک تسدد پیدا کردیتا ہے، جس کی وجہ سے معدے سے گیسوں کا خارج ہونا رک جاتا ہے اور اس طرح اِتساع میں اور زیادتی ہوجاتی ہے۔ اور گیسیں جتنی زیادہ جمع ہوتی ہیں اُتنے ہی زیادہ یقینی طور پر وہ خارج نہیں ہونے پاتیں۔

علاج۔ ایک نلی داخل کرکے معدے کے مافیہ کو جو کہ بہت دباؤ کے تحت ہیں، نکال لینا چاہیئے۔ مریض کو منہ کے بل لیٹنا چاہیئے۔ اور بستر کی پائنتی کو اونچا اُٹھا دینا چاہیئے تاکہ کوئی ثنیات جو موجود ہوں سیدھے ہوجائیں۔

اثنا عشری۔ اس حالت میں ممکن ہے کہ ماساریقی عروق کے ذریعہ سے تشنج پیدا ہوکر خواہ اس کے ساتھ اثنا عشری صائمی عوجہ کے قریب تشنج ہو یا نہ ہو، تمدد پیدا ہوجاتا ہے۔ اثنا عشری کے اتساع کی ایک مزمن حالت غالباً زیادہ شاذ نہیں، اور اس کے ساتھ سوء ہضم کے علامات، تمدد شکم اور صفراوی قئے بھی ہوتی ہے (28)۔

التہاب معدہ

(INFLAMMATION OF THE STOMACH)

حاد التہاب المعدہ

(acute gastritis)

اسباب۔ معدے کا حاد التہاب، یا حاد معدی نازلت مختلف اقسام کے خراش آوروں کے ذریعہ پیدا ہوسکتی ہے۔ معدی التہاب کی شدید ترین قسم قوی معدنی ترشوں، یا دوسرے اکالات سے تسمم واقع ہونے کا نتیجہ ہوتی ہے۔ زیادہ عام اصابتیں ناقابل ہضم غذا، مثلاً جھینگا مچھلی، کیکڑے یا کھیرے دار مچھلی، یا کچے پھل، یا ایسے گوشت، مچھلی، پھل، سبزی ترکاریوں یا دوسری غذائیں جو سڑنے لگی ہوں کا استعمال کرنے سے پیدا ہوتی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 367)۔ چنانچہ یہ مرض گرمی کے موسم میں عام ہوتا ہے۔ شیرخوار بچے اکثر التہاب المعدہ میں مبتلا ہوتے ہیں، جس کے ساتھ التہاب المعاء متلازم ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 365)۔ متعدد معدی تاءکلات، جو حاد معدی قرحہ کے عنوان کے تحت بیان کئے گئے ہیں، حاد التہاب المعدہ کی ایک قسم ہیں۔

مرضی تشریح۔ الیکسِس سینٹ مارٹن (Alexis St. Martin) کی مشہور اصابت میں یہ ثابت کیا گیا کہ غشائے مخاطی کی خراش کے بعد جلد ہی تغیرات نمودار ہوجاتے ہیں۔ سرخ دانے پیدا ہوجاتے ہیں، جو بعض اوقات ریمی مواد سے بھر جاتے ہیں، یا سرخ چکتیاں، یا قلاعی پپڑیاں، یا خراشیدگیاں موجود ہوتی ہیں۔ معدی رس کا افراز کم مقدار میں ہوتا ہے، اور مخاط آزادانہ خارج ہوتی ہے۔ بعض اوقات خفیف نزف بھی

واقع ہوتا ہے۔

علامات۔ اکال تسمم سے جو علامات پیدا ہو جاتے ہیں وہ یہ ہیں :۔ شراسیف میں حاد درد اور الیمیت، خون اور مخاط کی قئے، اور ہبوط۔ بارہا اس کا نتیجہ موت ہوتا ہے۔ یہ اصابتیں سمومیات کی کتابوں میں بیان کی گئی ہیں۔

حاد التہاب المعدہ کی اس اصابت میں کہ جس سے زیادہ واسطہ پڑتا ہے، علامات ویسے ہی ہوتے ہیں جیسے کہ حاد سوء ہضم کے۔ شیر خواروں کے معدی معائی التہاب کا بیان بعد میں درج ہوگا۔

یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ تپ محرقہ، انفلوئنزا اور التہاب زائدہ دودیہ (appendicitis) جیسے امراض کا آغاز حاد التہاب المعدہ کی صورت اختیار کرتا ہے۔

علاج۔ کچھ عرصہ تک غذا بالکل روک دینی چاہیئے۔ ازاں بعد غذا اسی قسم کی دینی چاہیئے جیسی کہ ہضمی قرحہ کے بیان میں درج کی گئی ہے۔ درد کے لئے گرم تکمیدات یا پولٹس کام میں لائی جا سکتی ہیں، یا نہایت شدید اصابتوں میں مارفیا کا اشراب کیا جا سکتا ہے۔ اس دوا سے بعض اوقات مسلسل قئے میں افاقہ ہو جائے گا۔ بسمتھ اور ایک فوار جرعہ (ملاحظہ ہو صفحہ 337)، یا آیوڈین کے صبغیہ کی ۲ یا ۳ بوندیں ایک چائے کے چمچہ بھر پانی میں ہر نصف گھنٹے سے دینا بھی مفید ہے۔ ممکن ہے کہ عمل کے شروع میں سیفنی عمل (syphonage) کے ذریعہ معدے کو دھوڈالنا اکثر مفید ثابت ہو۔

حاد تقیحی التہاب المعدہ (acute suppurative gastritis)

یا فلغمونی التہاب معدہ (phlegmonous gastritis)۔ معدے کی دیواروں کا تقیح ایک نہایت شاذ واقعہ ہے، جو یا تو ایک محدود خراج کی شکل میں یا ایک ریمی دررریزش کی صورت میں واقع ہوتا ہے۔ اس کے علامات عموماً حاد معوی لسدد (acute intestinal obstruction) کے علامات سے مشابہ ہوتے ہیں، اور ساتھ ہی شراسیف پر شدید درد ہوتا ہے (30)۔

مزمن التہاب المعدہ

(chronic gastritis)

بوجہ اُن سریع تغیرات کے جو موت کے بعد معدے میں اُس کا بعد الممات ہضم واقع ہو جانے کے باعث رونما ہو جاتے ہیں، یہ مرض انتہائی بحث و تحقیق کا موضوع رہا ہے۔ تاہم موت کے بعد فی الفور شکم کے اندر ۱۰ فی صدی فارملین کا اشراب کر دینے سے عمدہ تثبیت حاصل ہو سکتی ہے۔ مزمن التہاب المعدہ دو طریقوں سے پیدا ہو جاتا ہے:۔ (۱) جوئے خون کے ذریعہ سے اُن سمّی یا ساری عاملات سے، جو پوری معدی سطح کو ماؤف کر دینے کا رجحان رکھتے ہیں۔ (۲) بلا واسطہ ایسے مضر عاملات کا غشائے مخاطی پر اثر ہونے سے جو کہ معدہ کے درونہ میں موجود ہیں۔ یہ اولاً بوابی التہاب المعدہ (pyloric gastritis) پیدا کر دینے کا رجحان رکھتے ہیں (جس سے معدے کا بوابی حصہ ماؤف ہو جاتا ہے) کیونکہ معدے کے مافیہ دوسری کسی جگہ کی نسبت اسی حصہ پر زیادہ زور کے ساتھ دبائے جاتے ہیں (31)۔

ابتدائی درجوں میں ممکن ہے کہ ہائڈروکلورک کا وافر افراز ہو، اور یہ افراز کھانا معدہ سے گزر جانے کے بعد بھی جاری رہے۔ بے ترشگی مزمن التہاب المعدہ کا آخری نتیجہ ہے۔ معدی بے کیلوسی ("achylia gastrica") کی اصطلاح اس خیال سے رائج کی گئی تھی کہ بعض اشخاص بنیتی طور پر ہائڈروکلورک ایسڈ (HCl) کا افراز پیدا نہیں کر سکتے اور کسری امتحانی غذا کے اعداد و شمار سے یہاں تک پتہ چلتا ہے کہ ممکن ہے کہ ۴ فی صدی تندرست طلبا اس طرح ماؤف ہوں۔ لیکن یہ بعید الفہم معلوم ہوتا ہے کہ معدے کے اندر تندرست مفرز ترشہ خلیے موجود ہوں اور اُن کا کوئی فعل نہ ہو۔ مزید برآں اُس وقت بھی جب کہ آزاد ہائڈروکلورک ایسڈ (free HCl) غیر موجود ہوتا ہے، پیپسن (pepsin) اور کلورائڈ کسی حد تک موجود پائے جاتے ہیں (ملاحظہ ہو شکل ۴۷)، اور غالباً تھوڑا فعال ہائڈروکلورک ایسڈ ("active HCl") بھی موجود ہوتا ہے۔ قطع نظر اس کے بعض اصابتوں میں یہ بے ترشگی حد سے زائد اثنا عشری بازروی کے سبب سے ہوتی ہے (14)، یا ممکن ہے کہ افراز کو پیدا کرنے کے لئے ایک ایسی امتحانی غذا جو ۷ فی صدی الکحل پر مشتمل ہو دینے کی

ضرورت ہو یا ہسٹامین (histamine) کے ۰ء۵ ملی گرام کا انشراب کرنے کی ضرورت ہو۔ مستقل بے ترشگی یا بے کیلوسی کوئی فعلی حالت نہیں ہوسکتی۔ لہٰذا شدید عام دمویت یا سرطان المعدہ کی غیر موجودگی میں اس حالت سے مزمن التہاب معدہ ظاہر ہوتا ہے۔ یہ ذیابیطس اور گریوز کے مرض میں عام ہے۔

اسباب۔ مزمن التہاب معدہ کا ایک خاندانی میلان پایا جاتا ہے۔ بچوں میں حاد ساری امراض اور بالخصوص حاد معدی معوی التہاب سے مزمن خون زاد التہاب المعدہ پیدا ہوسکتا ہے۔ اور بالغوں میں یہ مختلف حاد معوی سرایتوں مثلاً زحیر، حمیات معویہ، التہاب زائدہ دودیہ، نیز ریوی تدرن، گرملو کے مرض، پلاگرا، رثیت نما التہاب مفاصل اور حمل کے تسممات الدم کا نتیجہ ہوسکتا ہے۔ التہاب المعدہ کی بوابی قسم ایسی غذا کا جو کہ ٹھیک طور پر تیار نہ کی گئی ہو، ادویہ اور خاص کر الکحل کا نتیجہ ہوسکتی ہے۔ یہ عاملات پہلے تو ہائیڈروکلورک ایسڈ کے افرازات کی تہییج کرتے ہیں جو ممکن ہے کہ بہ افراط پیدا ہوجائیں۔ اور بعد میں صرف اسی وقت جب کہ التہاب معدہ سارے معدے میں پھیل جاتا ہے بے ترشگی پیدا ہوجاتی ہے۔ اعداد و شمار کے لحاظ سے پایا گیا ہے کہ بے ترشگی کی کثرت وقوع عمر کے ساتھ ساتھ بڑھتی جاتی ہے۔

44

مرضی تشریح۔ خون زاد قسموں میں ابتدائی التہاب اپنی موجودگی مدوّر خلیوں کی دررریزش سے ظاہر کرتا ہے جو معدی غدد کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ کچھ عرصہ بعد غدد مذبول ہوجاتے ہیں اور ان کی جگہ اریکی بافت پیدا ہوجاتی ہے، یا بعض مقامات پر غدد دُویری ہوجاتے ہیں۔ بعض اوقات معوی سرحلمہ معہ جام نما خلیہ اور بلکہ معہ غدد لائبرکون (Lieberkuhn's glands) کے پیدا ہوجاتا ہے۔ جرابی التہاب المعدہ (follicular gastritis) میں تمثیلی لمف آسا جرابات کی تکوین ہوتی ہے۔ ایسے ہی تغیرات بوابی قسم میں بھی واقع ہوسکتے ہیں، لیکن مزید برآں ممکن ہے کہ غشائے مخاطی کی سطح حلمہ دار ہو، بلکہ ایک باقاعدہ سعلانیت ظاہر ہو اور اوپری تارکلات ممیز ہونے رہیں۔

علامات۔ خون زاد قسم میں عام ترین علامات یہ ہیں:۔ ریحیت، قبض یا اسہال یا باری باری سے دونوں، زخمی زبان، مذبول حلیموں یا تقرح کے ساتھ جیسی کہ متلف عدم دمویت میں پائی جاتی ہے، تکان، انخفاض، بے خوابی اور شقیقہ ممکن ہو کہ

سوءہضم کی علامتیں بالکل نہوں۔ معلوم ہوتاہے کہان کی موجودگی کا انحصار التہاب کی غالبیت پرہوتاہے۔ پاخانہ میں مخفی خون پایا جاتاہے۔ اس کے برعکس بوابی التہاب المعدہ بالکل ویسے ہی علامات پیدا کرسکتاہے جیسے کہ ایک مجاورالبواب قرحہ (جو ملاحظہ ہو) کے ہوتے ہیں اور ساتھ ہی ہائڈروکلورک ایسڈ کا افراز معمول کے نسبت بہت زیادہ ہوتاہے اور درد گرسنگی بلکہ قئے الدم موجود ہوتے ہیں۔ مزید برآں جب معدے کا بوابی حصہ ہضمی قرحہ کے باعث بذریعہ عملیہ دور کردیا گیاہو، تو اس کا خردبین سے امتحان کرنے پر پایا جائے گا کہ اکثر اوقات ایک بوابی التہاب المعدہ بلکہ التہاب اثنا عشری موجود ہے، جو اس امر پر دلالت کرتاہے کہ ہضمی قرحہ اکثر اوقات محض اِسی حالت کی ایک ترقی یافتہ شکل ہے۔ مزمن التہاب معدہ آخری درجوں میں جب کہ بے ترشگی پیدا ہوجاتی ہے، خرد خلوی عدم دمویت (سادہ عدم حامضی عدم دمویت)، متلف عدم دمویت، اور نخاع شوکی کے تحت الحاد مجموعی انحطاط کے ساتھ متلازم پایا جاتاہے۔ یہ سرطان معدہ کی استعداد پیدا کرتاہے، لیکن یہاں جو دقت پیش آتی ہے وہ یہ ہے کہ بے ترشگی عورتوں میں نسبتہً زیادہ عام ہے، حالانکہ سرطان معدہ مردوں میں زیادہ عام ہے۔

تشخیص۔ بے ترشگی کی اہمیت پہلے بیان کی گئی ہے۔ وہ سوءہضم جو بیش افراز کے ساتھ متلازم ہو التہابِ المعدہ سے، اور بالخصوص اُس کی بوابی قسم سے منسوب کیا جاسکتا ہے، بشرطیکہ اُس کے دوسرے اسباب مستثنیٰ کردئے گئے ہوں۔

علاج۔ بے ترشگی کے لئے ایک ڈرام ہائڈروکلورک ایسڈ مرقق (acid hydrochlor. dil.) چار اونس پانی میں کھانے کے ساتھ دینا چاہئے۔ سوءہضم کے علاج پر پہلے غور کیا جاچکا ہے۔

ہضمی قرحہ

(peptic ulcer)

معدہ اور اثنا عشری کا قرحہ

ترشئی معدی کرس کے ساتھ عادتاً متماس ہونے والے مخاطی اغشیہ پر تقرح واقع ہونے کا نہایت اِمکان ہوتاہے۔ ایسے قروح کو بہ لحاظ سہولت ھضمی کہتے ہیں، اور ان کی کئی قسمیں ہوتی ہیں۔ حاد قرحہ (acute ulcer)، جو نہایت عام طور پر متعدد ہوتا ہے،

شکل میں غشائے مخاطی کے ایک چھوٹے سے اوپری تا کل سے لے کر ایک انچ قطر تک مختلف ہوتا ہے۔ مزمن قروح (chronic ulcers) عموماً منفرد ہوتے ہیں اور ان کی بہترین جماعت بندی اُن کے محل وقوع کے لحاظ سے کی جا سکتی ہے:۔ (۱) جسم معدہ میں، عموماً انحنائے صغیر پر اور اگلی سطح کے نسبت زیادہ تر پچھلی سطح پر۔ (۲) معدے کے بوابی حصے میں، عموماً انحنائے صغیر اور پچھلی سطح پر لیکن پھیلنے پر حلقۂ بوابی سے ½ انچ دور رہتے ہیں اور اس سے زیادہ قریب نہیں جاتے۔ (۳) اثنا عشری کے پہلے حصے میں عموماً پیچھے کی طرف۔ اِس سلسلہ میں یاد رکھنا چاہیئے کہ اثنا عشری کے پہلے حصے کا فعل اُس کے دوسرے حصوں کے فعل سے بالکل مختلف ہوتا ہے لیکن وہ معدے کے بوابی حصے سے زیادہ قریبی مشابہت رکھتا ہے۔ مثلاً ترشئی کیموس بواب کی راہ سے اثنا عشری کے پہلے حصے میں دھکیلی جاتی ہے، اور جب تک کہ حرکت دودیہ کی دوسری موج کچھ اور کیموس آگے کی طرف نہ دھکیلے جو اس کی جگہ لے وہ وہیں ٹھیری رہتی ہے۔ عین بوابی حلقہ پر واقع ہونے والے قروح چنداں عام نہیں۔ جسم معدہ میں کے قروح اکثر ممیز خصائص رکھتے ہیں، اور ان قروح اور بوابی قروح کو محض اس وجہ سے کہ یہ دونوں اتفاق سے ایک ساتھ معدہ کے اندر واقع ہوئے ہیں "معدی قروح" کے عنوان کے تحت ایک ساتھ گروہ بند کرنے سے بہت کچھ خلط مبحث پیدا ہو گیا ہے، حالانکہ بوابی قروح اثنا عشری کے قروح کے ساتھ نسبتہً زیادہ قریبی مشابہت رکھتے ہیں۔ بوابی اور اثنا عشری قروح پر ایک ساتھ مجاور البواب قروح (juxta-pyloric) کی حیثیت سے غور کرنا چاہیئے معدہ اور اثنا عشری دونوں کے قروح بیک وقت موجود ہو سکتے ہیں۔

345

اسباب۔ حاد ہضمی قروح بے قاعدہ طور پر جا بجا منتشر واقع ہوتے ہیں، اور غالباً مرد و عورت دونوں جنسوں میں بالکل عام ہیں۔ لیکن وہ عورتوں میں نسبتہً زیادہ عام ہوتے ہیں اور بالخصوص جسم معدہ کو ماؤف کرنے کا رجحان رکھتے ہیں۔ اِس مقام کے بعض قروح مزمن ہو جاتے ہیں، اگرچہ ان میں سے بیشتر کافی سرعت کے ساتھ مندمل ہو جاتے ہیں۔ تاہم ممکن ہے کہ بعد میں وہ پھر پیدا ہو جائیں اور پھر مندمل ہو جائیں۔ اِس عمل کا تسلسل، یعنے حاد ناکس تقرح، ریت گھڑی معدہ (hour-glass stomach) پیدا کر دینے کا رجحان رکھتا ہے، اِس قسم کا معدہ مردوں کے نسبت

عورتوں میں بہت زیادہ عام ہے (32)۔ ہضمی تقرح عورتوں میں نہایت عام طور پر جسم معدہ کے اندر واقع ہوتا ہے، لیکن مردوں میں وہ نہایت عام طور پر مجاور البواب خطے میں ہوا کرتا ہے اور اِس قدر اچھی طرح مندمل نہیں ہوتا۔ اِسی وجہ سے ہم پاتے ہیں کہ (۱) مزمن اثنا عشری قرحہ عورتوں کے نسبت مردوں میں چوگنے سے لے کر چھ گنا تک زیادہ عام ہوتا ہے، لیکن (۲) مزمن معدی قرحہ دونوں جنسوں میں تقریباً مساوی طور پر عام ہوتا ہے، کیونکہ بوابی خطے میں مذکر تقرح کی کثرت وقوع سے جسم معدہ کی مونث کثرت وقوع کی تقریباً تعدیل ہو جاتی ہے، اور (۳) قرحی ندبات زیادہ عام طور پر جسم معدہ میں ملتے ہیں (33)۔ حال میں یہ ادعا کیا گیا ہے کہ عورتوں میں اثنا عشری قرحہ، معدی قرحہ کی بہ نسبت زیادہ عام ہے، لیکن یہ کہ التہاب مرارہ کے سلسلۂ علامات سے اس کی مشابہت پائی جاتی ہے (29)۔ ہضمی قرحہ خاندانوں میں واقع ہونے کا رجحان رکھتا ہے۔ نہایت اتفاقی طور پر معدی قرحہ آتشک کے سبب سے ہوتا ہے۔ بلا درد قئ الدم، جو نوجوان عورتوں میں اس قدر عام ہے اور جسے معدی نضیض (gastrostaxis) کہتے ہیں، حاد تقرح کے باعث ہوتی ہے۔ یہ ضررات اکثر اوقات اِس قدر چھوٹے ہوتے ہیں کہ اِنھیں نزفی تاکلات کہتے ہیں، اور اس قدر وسیع پھیلے ہوئے کہ ممکن ہے کہ غشائے مخاطی "تقطرِ خون" کا منظر پیش کرے۔ ایسی حالت میں مزمن التہاب المعدہ کا اشتداد ہو جاتا ہے۔ ہضمی قرحہ اور بوابی التہاب المعدہ کا تعلق بیان ہو چکا ہے۔ اثنا عشری قرحہ کا وقوع شیرخوار بچوں میں بھی بیان کیا گیا ہے۔

مرضی تشریح۔ حاد قرحہ۔ ابتدائی درجہ میں ممکن ہے کہ ایک اوپری تنخری ضرر موجود ہو، جس کے حاشیئے سرخ ہوں اور جو مخاطی طبقہ کی ایک خفیف سی اٹھی ہوئی اور دبیز جھلی پر واقع ہو، پھر اکتہاف واقع ہو کر اس کے پیندے میں چھوٹے چھوٹے عروق منکشف ہو جاتے ہیں، اور یہ پیندا اکثر متغیر خون کی ایک پتلی سیاہ پرت سے ڈھک جاتا ہے۔ جب اندمال ہونا ہو تو اس پرت کے جدا ہو کر اتر جانے سے ایک صاف پیندا باقی رہ جاتا ہے۔ یہ قروح ایک سنبہ کی ہوئی شکل کے ہوتے ہیں۔ نسبتہً چھوٹے قروح بالکل اتھلے ہوتے ہیں، کیونکہ وہ صرف مخاطی طبقہ کو ماؤف کرتے ہیں۔ نسبتہً بڑے قروح چھید کرتے ہوئے عضلی طبقہ میں پہنچ جاتے ہیں اور ان کی شکل

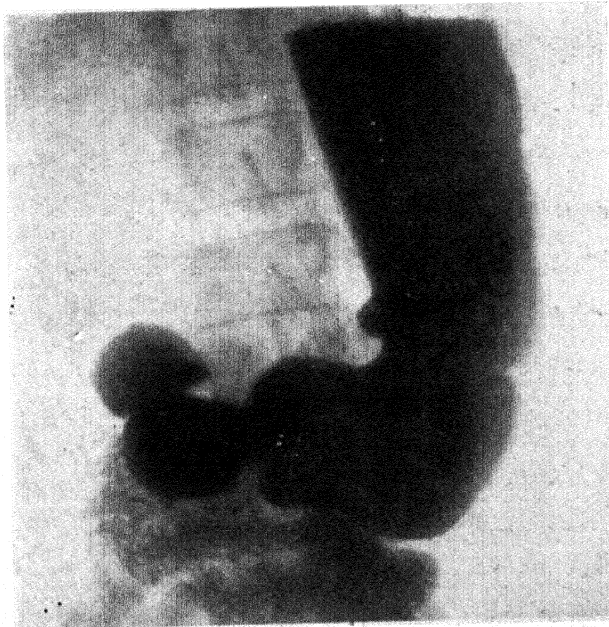
"نرینہ نما" ہوتی ہے کیونکہ قرحہ جوں جوں زیادہ زیادہ گہرائی تک چھید کرتا جاتا ہے اسی قدر وہ زیادہ تنگ ہوتا جاتا ہے۔ مزمن قرحہ عموماً نسبتہً بہت بڑا ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ اُس کا قطر ۵ یا ۶ انچ تک پہنچ جائے۔ وہ دیوار معدہ میں گہرا پھیلتا ہے۔ التہابی لمفی آسا مادہ کی دررِیزش ہونے کی وجہ سے اُس کی کوریں دبیز اور اُبھری ہوئی ہوتی ہیں اور متقرح سطح کے اوپر سایہ کئے ہوئے ہوتی ہیں۔ اور دبازت تھوڑے فاصلہ تک آس پاس کی غشائے مخاطی میں پھیل جاتی ہے۔ جب مزمن قرحہ فعال حالت میں ہوتا ہے تو اُس کے پیندے میں اغشائی التہابی ارتشاح کا ایک تنگ منطقہ ہوتا ہے۔ جب وہ حالت اندمال میں ہوتا ہے تو علشیتہ علیحدہ ہوکر قرحہ کا پیندا صاف ہوجاتا ہے، اس کے حاشیے نسبتہً زیادہ چپٹے ہوجاتے ہیں اور سرحلمہ اندر کی طرف بڑھ کر پیندے پر آجاتا ہے۔ قرحہ تعفن میں عملِ اندمال ٹھہرا ہوا رہتا ہے۔

جب یہ تقرح باریطون تک پہنچ جاتا ہے تو ممکن ہے کہ باریطون پھٹ کر انثقاب واقع ہوجائے۔ یہ انثقاب معدہ اور اثنا عشری دونوں کی پچھلی دیوار پر بہ نسبت اگلی دیوار کے زیادہ عام ہے۔ حشائی مافیہ کہفہ باریطونی میں داخل ہوجاتے ہیں اور شدید عام التہاب باریطون یا ایک زیادہ محدود المقام پھوڑا پیدا کر دیتے ہیں (گرد معدی خراج: perigastric abscess یا زیر ڈائفرامی پھوڑا subphrenic abscess) (ملاحظہ ہو صفحہ 416)۔ اب بھی پھوڑا ممکن ہے ڈائفرام کو چھید کر ذات الریہ، ذات الجنب یا التہاب تامور پیدا کر دے، یا ممکن ہے کہ یہ قولون یا اثنا عشری میں چھید کر دے، یا پھر ممکن ہے کہ یہ عام کہفہ باریطونی میں پھوٹ پڑے۔ مزمن انثقاب کی اصطلاح اس قرحہ کیلئے استعمال کیجاتی ہے جو ایک وقت میں تھوڑا تھوڑا کرکے عرصہ دراز تک کہفہ باریطونی کے اندر ٹپکتا رہتا ہے، اس سے انضمامات بن کر خاص کہفہ باریطونی کے ساتھ مواصلت منقطع کر دیتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ انضمامات اس قدر کثیف ہوں کہ سرطان کا گمان پیدا کر دیں۔ معدہ اس قرحہ کی راہ سے ایک بڑے کہفہ سے مواصلت حاصل کر لیتا ہے جو معدے سے باہر ہوتا ہے اور بعض اوقات تاجیہ صغیر کے بیشتر حصے پر شامل ہوتا ہے۔ نسبتہً زیادہ اکثر یہ ہوتا ہے کہ التہابی عمل مصلی سطح تک پھیلتا ہے، اور اس سے پہلے کہ انثقاب واقع ہوسکے معدے کو متصلہ اعضا میں سے کسی ایک کے ساتھ چپکا دیتا ہے۔ یہ عضو بیشتر

اوقات لبلبہ یا جگر کا بایاں لختہ ہوتا ہے، لیکن کبھی کبھی ڈائفرام طحال، قولون، اگلی دیوار شکم، بلکہ فوق الکلوی کیسہ کے ساتھ بھی انضمام واقع ہو جاتا ہے۔ پھر تقرحی عمل اس ابھی چپکے ہوئے عضو کے اندر پھیل جاتا ہے اور اس طرح ممکن ہے کہ جگر اور لبلبہ کے اندر کیفے بن جائیں۔ نہایت شاذ اصابتوں میں قولون کے اندر یا جلد کے آر پار ناسور پیدا ہو سکتے ہیں۔ نزف ایک عام واقعہ ہے، جو بیشتر اُن معدی عروق میں سے ہوتا ہے جو قرحہ کی دیوار میں ہوتے ہیں، لیکن بعض اوقات لبلبہ کے ساتھ انضمام ہونے اور اس کا تقرح واقع ہونے کے بعد طحالی شریان سے بھی نزف ہوتا ہے۔

لیکن بہت سے قرحے بالکل اچھے ہو جاتے ہیں، چنانچہ اکثر چھوٹے چھوٹے ندبات پائے جاتے ہیں۔ یہ اکثر مشکل سے نظر آتے ہیں اور بارہا امتحان بعد الممات میں نظر انداز ہو جاتے ہیں۔ نسبتہً بڑے ندبات، جو دبیز اور جھرّی دار ہوتے ہیں، خود بھی بے انتہا تکلیف کا باعث ہو سکتے ہیں۔ مثلاً بواب کے مقام پر یا اُس کے قریب وہ اپنے انقباض سے ضیق اور اُس کی وجہ سے اتساع معدہ پیدا کر سکتے ہیں۔ اگر وہ بوابی سرے کے قریب ہوں تو ممکن ہے کہ معدہ منقبض ہو۔ بعض اوقات ایک نہایت گہری انقباض قرحہ کی وجہ سے ہوتا ہے۔ گرد معدی انضمامات بعض اوقات درد اور کھنچاوٹ کے احساسات پیدا کر دیتے ہیں۔ سرطان کے ساتھ معدی قرحہ کے تعلق پر صفحہ 353 پر غور کیا گیا ہے۔

امراضیات۔ بولٹن (Bolton) نے ایک مخصوص معدہ سمی مصل تیار کر کے اور معدے کی باریطونی سطح کے نیچے اُس کا اشراب کر کے حیوانات میں تجربتہً قروح پیدا کئے۔ اشراب کا نتیجہ یہ ہوا کہ خلیات حیویت زدہ ہو گئے اور معدے کے ہائڈروکلورک ایسڈ نے ان خلیات کے ہضم میں حصہ لیا، جس سے ایک حاد قرحہ بن گیا۔ جب معدی مافیہ کو قلوی رکھا گیا تو قرحہ نہ بنا۔ انسان میں قدرتی طور پر واقع ہونے والے قرحہ کی توجیہ بھی اسی اصول کے مطابق کی جا سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ ایسے کئی مختلف عاملات ہوں جو بولٹن کے معدہ سمی مصل کا سا عمل کرتے ہوں، مثلاً سدادیت جو کسی دوسرے مقام پر کے عفونی مراکز، مزمن طور پر ملتہب زائدہ دودیہ یا مرارہ، عفونی دانتوں، یا وسیع اور سرایت زدہ احتراقات کی وجہ سے پیدا

الف ۔ مری کے زیریں سرے پر کا عطفہ ۔ مریض چیت پڑا ہے ۔

ب ۔ انحنا صغیر پر معدی قرحہ جو کہ ایک طاقچہ کے ذریعہ دکھایا گیا ہے ۔ کچھ مقابلی تشنج موجود ہے ۔ (شعاع نگاشتیں مسٹر لنڈسے لاک نے لی ہیں)

ہو جائے۔ یا چھوٹے عروق کی وریدی علقیت یا نزف، جو بعض اوقات بابی تسدد کی وجہ سے واقع ہو جاتا ہے۔ شاذ موقعوں پر ممکن ہے کہ معدہ براہ راست کسی چوٹ سے زخمی ہو جائے، یا ایک اوّلی بوابی التہاب المعدہ موجود ہو۔ ہائڈروکلورک ایسڈ اور پیپسین تنخری بافت کو ہضم کرکے قرحہ پیدا کر دیتے ہیں۔ قروح بولٹن، جو تجربتہً پیدا کئے گئے، بآسانی چند ہی ہفتوں میں اچھے ہو گئے۔ جب ان قروح کو جراثیمی کاشتوں سے سرایت زدہ بنانے کی کوشش کی گئی، یا جانور کو عدیم الدم بنانے کے لئے اس کا خون نکالا گیا، تو اندمال کی شرح میں بہت کم تبدیلی ہوئی۔ لیکن جب ان جانوروں (بلیوں) کو دودھ کے بجائے گوشت کی غذا دی گئی، یا بواب کی کسی قدر مسدودی پیدا کی گئی، تاکہ معدہ خالی ہونے میں تاخیر ہو جائے، تو اندمال واقع ہونے میں واضح طور پر تاخیر ہوئی۔ بندروں میں ہائڈروکلورک ایسڈ دینے سے اندمال میں کسیقدر تاخیر ہو گئی، اور بواب کو جزءً مسدود کر دینے سے یہ تاخیر نمایاں طور پر زیادہ ہو گئی۔ اس میں شک نہیں کہ انسان میں بہت سے قروح کافی سرعت کے ساتھ اچھے ہو جاتے ہیں، لیکن ان کی کچھ تعداد ایسی ہے جو کہ قائم رہتی ہے اور بتدریج متغیر ہو کر مزمن قرحہ بن جاتی ہے، جس کے دو ممکن سبب ہو سکتے ہیں:۔ (۱) ممکن ہے کہ ہائڈروکلورک ایسڈ اس تغیر کے پیدا کرنے میں حصہ لیتا ہو۔ لیکن مجاور البواب قرحہ کی حالت میں معدی صائمی تفویہ (gastro-jejunostomy) کا عملیۂ معدی رس کے ہائڈروکلورک ایسڈ میں بہت کم تغیر پیدا کرتا ہے، اور ان مشاہدات سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ یہ عامل کوئی بڑی اہمیت نہیں رکھتا (39) (۲) معدی دیوار کے تناؤ کی زیادتی بھی عام ہے، جو درد یا تکلیف کے احساسات پیدا کر دیتی ہے، اور یہ حرکات، جو کہ غالباً عضلات عاصرہ کی مسدودی یا بالائی غذائی خطے کے مختلف حصوں کے تشنجات یا مزمن اثنا عشری ایلاؤس (chronic duodenal ileus) (40) کے ساتھ متلازم ہوتی ہیں، ممکن ہے اور بھی زیادہ اہم عامل ہوں، کیونکہ نسبتہً بلند درجہ کے دباؤ کے اندراجات حاصل ہوئے ہیں (7)۔ یہ ممکن ہے کہ ایک دائرۂ فاسدہ قائم ہو جائے، یعنی اولاً قرحہ بلند تناؤ پیدا کر دیتا ہے، اور وہ اس کے اندمال کو روکنے کا رجحان رکھتا ہے۔ ممکن ہے کہ ہائڈروکلورک ایسڈ اس طرح عمل کرتا ہو کہ وہ بواب کی معکوس مسدودی پیدا کرکے اس طرح میکانی عامل کو زیادہ شدید کر دیتا ہو۔

بالآخر یہ حقیقت بیان کردینا ضروری ہے کہ لوزتین اور مختلف منبعوں سے پیپ قشبیت والے نبقات سبحیہ کی ایسی نسلیں جدا کی گئی ہیں، جن کے وریدی اشرابات جانوروں میں ہضمی قرحہ پیدا کردیتے ہیں، اور انسان کے قرحوں میں بھی یہی دقیق عضویے قدرتی طور پر موجود ہوتے ہیں، چنانچہ معلوم ہوتا ہے کہ جس طرح تپ محرقہ کے عصیتے آنت پر حملہ آور ہوتے ہیں، اسی طرح یہ بھی معدے اور اثنا عشری کے لئے ایک نوعی الف رکھتے ہیں۔ اس مظہر کو انتخابی تحیّز (elective localization) کہتے ہیں (41)۔

347

ہضمی قرحہ کے ساتھ التہاب زائدہ دودیہ اور التہاب مرارہ ہمزماں طور پر موجود ہوسکتے ہیں (شکلی مثلث) اور تینوں اضرار سے ایک ہی نبقۂ سبحیہ تفرید کیا گیا ہے (29)۔

علامات۔ حاد قرحہ۔ متعدد اصابتوں میں پہلی دلالت، قرحہ سے نزف ہونے کی وجہ سے ہوا کرتی ہے۔ **معدی قرحہ** کی اصابتوں میں اکثر اس سے **قئے الدم** یعنے خون کی قئے ہوجایا کرتی ہے، اور ممکن ہے کہ خون خالص ہو یا معدی مافیہ کے ساتھ مخلوط ہو۔ مریض کو غشی سی محسوس ہوتی ہے، شراسیف میں ضیق کا احساس ہوتا ہے، اور چند منٹ میں خون کی قئے ہوجاتی ہے، جس کی مقدار ایک یا دو پنٹ تک ہوسکتی ہے۔ معدے کے اندر نکلے ہوئے خون میں سے کچھ آنت کے اندر پہنچ جاتا ہے، اس کی ہیموگلوبین (hæmoglobin) متغیر ہوکر ہیماٹین (hæmatin) اور ہیماٹو پورفائرین (hæmatoporphyrin) بن جاتی ہے اور پھر جو اجابتیں ہوتی ہیں وہ سیاہ، راب جیسی، یا تارکول جیسی ہوتی ہیں۔ اسی حالت کا نام براز دم الاسود (melæna) ہے۔ ممکن ہے کہ ایسی اجابتیں قئے الدم کے موقوف ہوجانے کے چند گھنٹوں بعد ظاہر ہوں۔ خالص خون کی قئے آنا شاذ ہی مہلک ہوتا ہے۔ عموماً وہ بکلیہ موقوف ہوجاتی ہے اور ممکن ہے کہ مکرر نہ ہو۔ خون کے نقصان کی وجہ سے شدید درجہ کی عدم دمویت اور کمزوری ہوجاتی ہے۔ **اثنا عشری قرحہ** میں قئے الدم کا ہونا بھی ممکن ہے لیکن رجحان یہ ہوتا ہے کہ خون کا بیشتر حصہ براہ معاء مستقیم براز دم الاسود کے طور پر خارج ہوتا ہے۔ نزف کے علاوہ، ہضمی قرحہ سوء ہضم کے علامات پیدا کرسکتا ہے، جن کا آغاز حاد ہوتا ہے۔ ان علامات کے ساتھ شاید معدی افراز کی اطالت بھی ہوجاتی ہے، جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے (صفحہ 335 پر)۔ قرحہ کے

انثقاب سے شاذ ہی اُس کی موجودگی کی پہلی دلالت حاصل ہوتی ہے ۔
جسم محلہ کے مزمن قرحہ کا ممیز خاصّہ درد ہے، جو غضروف خنجری کے عین نیچے، شراسیف میں گہرائی پر محسوس ہوتا ہے، یا بعض اوقات ناف سے زیادہ قریب، یا خطِ درمیانی سے دائیں جانب کو یا بائیں جانب کو، اور بائیں کے نسبت دائیں جانب کو زیادہ کثرت سے ۔ یہ ادخال غذا سے پیدا ہو جاتا ہے، اور کھانے کے نصف گھنٹے بعد سے لے کر دو گھنٹے بعد تک شروع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ قے ہونے تک شدّت کے ساتھ جاری رہے، اور قے سے اس میں عموماً تخفیف ہو جاتی ہے، یا اس وقت جب کہ غذا معدے کو چھوڑ کر آگے جاتی ہے اس میں افاقہ ہو جاتا ہے ۔ درد کی نوعیت، ناخنہ یا ثاقب یا سوزشی ہوتی ہے اور یہ کسی دوسرے معدی عارضہ کے نسبت اس مرض میں زیادہ شدید نوعیت کا ہوتا ہے ۔ بعض اوقات پشت میں، آٹھویں ظہری اور دوسرے قطنی فقرات کے درمیان، بلکہ پیشانی پر بھی وارد ہوتا ہے ۔ درد کے ساتھ ہی، اور اکثر اوقات درد کے رفع ہو جانے کے بعد بھی کچھ تھوڑے عرصہ تک جلدی بیش حسیّت دیکھی جاتی ہے، یا اگر جلد میں ہلکی سی چٹکی بھری جائے تو تکلیف معلوم ہوتی ہے ۔ سوزش سینہ (ملاحظہ ہو صفحہ 336) کسیقدر عام ہوتی ہے، لیکن گرسنگی کے درد صرف ایک چوتھائی اصابتوں میں ملتے ہیں ۔ مگر معدے کے بالکل خالی ہو جانے میں اکثر تاخیر ہوتی ہے، اگرچہ ابتداءً جلد ہی معدے سے باہر چلی جاتی ہے (33) ہائڈروکلورک ایسڈ کا افراز طبعی پایا جاتا ہے (39)۔

مزمن بعد البواب قرحہ ۔ درد کی نوعیت ویسی ہی ہوتی ہے جیسی کہ پہلے بیان کی گئی ہے ۔ لیکن بعض اوقات درد ناف کے دائیں جانب محسوس ہوتا ہے، اور وہ غذا کے دو تین یا چار گھنٹے بعد شروع ہوتا ہے، یا مریض کو علی الصباح جگا دیتا ہے ۔ یہ درد کچھ غذا لینے سے کم ہو جاتا ہے، اسیواسطے اس کو دردِ گرسنگی کہتے ہیں ۔
اس مرض کی اصابتیں دو قسموں کی ہوتی ہیں :۔ (۱) جب کہ بواب آزادانہ طور پر کھلتا ہے اور معدہ جلد ہی غذا کو خارج کر کے خالی ہو جاتا ہے ۔ سکونی رس کی نمایاں بیش ترشگی ہوتی ہے، جو شاید اثنا عشری قرحہ کی حالت میں نمایاں ترین ہوتی ہے، اور معدہ خالی ہو جانے کے بعد نہایت تیز ترشئی رس کا افراز طویل عرصہ تک ہوتا رہتا ہے ۔ (۲) جب کہ بواب

ابتداءً تو آزادانہ طور پر کھلتا ہے لیکن بعد میں اس کا تشنج ہو جاتا ہے۔ یہ بوابی ضیق کا ابتدائی درجہ ہے۔ معدی رس کا ہائیڈروکلورک ایسڈ ایک چڑھتا ہوا منحنی ظاہر کرتا ہے، اور اس کے ساتھ بھی طویل عرصہ تک افراز اور بیش ترشگی پائے جاتے ہیں۔ لیکن معدے کے خالی ہونے میں دیر ہو جاتی ہے، اور قے کا ہونا عام ہے۔ جب کوئی بڑی شریان متاکل ہو گئی ہو تو ممکن ہے کہ نزف شدید ہو یا مہلک ہو جائے۔ اس حالت میں قے کئے ہوئے خون میں اس کی شریانی چمک باقی رہتی ہے۔ ممکن ہے کہ علامات میں تخفیف ہو جائے لیکن سرگذشت اس قدر طولانی نہیں ہوتی جس قدر کہ جسمِ معدہ کے قرحہ میں، کیونکہ آغاز پذیر بوابی ضیق کی وجہ سے علامات عموماً شدید تر ہو جاتے ہیں اور اساسی علاج کی زیادہ ضرورت ہوتی ہے۔

مزمن ہضمی قرحہ میں وہ سب وہ علامات بھی جو مزمن سوء ہضم کے تحت بیان کئے گئے ہیں [جیسے کہ ریحیت (flatulence) اور تمدد (distension)] عموماً موجود ہوتے ہیں۔ مسلسل درد، قے کی وجہ سے غذا کا تمثل ناقص ہونا، اور نقصانِ خون قدرتی طور پر جلد یا دیر سے مریض کی عام حالت کو کمزور کر دیتے اور عدم دمویت پیدا کر دیتے ہیں۔ لیکن بخار نہیں ہوتا، زبان صاف ہوتی ہے، اور بھوک اکثر نہایت اچھی ہوتی اور متلی غیر موجود ہوتی ہے۔ تاہم قبض اکثر ہوا کرتا ہے۔ امتحانِ شکم سے عموماً کچھ ظاہر نہیں ہوتا۔ ممکن ہے کہ شکم کی دیواروں کی کچھ سختی موجود ہو یا وہ تنی ہوئی ہوں۔ صرف ایسے پرانے قرحوں میں، جن میں دبازت زیادہ ہو گئی ہو، یا دوسرے اعضا کے ساتھ انضمام ہو گیا ہو، سلعہ ایسی کوئی چیز محسوس ہو سکتی ہے۔ اور اگر بوابی ضیق پیدا ہو جائے تو ممکن ہے کہ تسع معدہ شناخت کیا جا سکے (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۶) اور مرئی حرکت دودیہ موجود ہو۔

تشخیص۔ قئ الدم کے مریض میں جہاں نزف ہی واحد علامت ہو، ساری مبدا روالے حاد قرحہ کی تشخیص قائم کرنے سے پہلے کبست جگر (cirrhosis of the liver) اور طحالی عدم دمویت (splenic anæmia) کا خیال ضرور کر لینا چاہیئے۔ قئ الدم کو نفث الدم کے ساتھ یا نکسیر کے بعد واقع ہونے والی خون کی قے کے ساتھ خلط ملط نہیں کر دینا چاہیئے۔ مزمن ہضمی قرحہ کے ساتھ جن شکایتوں کے خلط ملط ہو جانے کا

348

امکان ہوا کرتا ہے وہ یہ ہیں:۔ سوء ہضم کے مختلف اقسام جو پہلے بیان کئے گئے ہیں، سرطان اور مزمن التہاب زائدہ دودیہ (زائدی سوء ہضم۔ appendix dyspepsia) یا وہ سوء ہضم جو حصواتِ صفراویہ (gall stones) کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔

ایک ایسی امتحانی غذا سے جو "آزاد" یا "فعال" ہائڈروکلورک ایسڈ کا بلند ارتکاز ظاہر کرے، مجاور البواب قرحہ کی تائید ہوتی ہے۔ اس غذا میں خون کی نہایت خفیف سی مقدار کی موجودگی نہایت معنی خیز ہے، گو کہ ممکن ہے کہ وہ غشائے مخاطی کی خفیف سی اُس ضرب سے پیدا ہو گئی ہو جو نلی سے واقع ہو جاتی ہے۔ لیکن پاخانوں میں مخفی خون کی اور برازی خلاصہ میں ہیما ٹو پورفرین کے طیف کی موجودگی معدی یا اثنا عشری قرحہ کی تائید میں ایک قیمتی شہادت ہے۔

مزمن معدی قرحہ کی تائید میں سب سے زیادہ قیمتی شہادت غیر شفاف غذا کھانے کے بعد لا شعاعوں کے ذریعہ سے حاصل ہوتی ہے۔ انحنائے صغیر کے قریب معدے کی کور پر ایک چھوٹا اُبھار ایک قیف یا ہتھیلی کی شکل میں نکلا ہوا نظر آتا ہے (جیسے طاقچہ یا عطفہ کہتے ہیں) (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۳ ب)۔ اس ابھار کا انحصار قرحی کہفہ کے اندر معدی مافیہ کی موجودگی پر ہوتا ہے۔ اور اگر عملِ اندمال میں وہ کہفہ مٹ رہا ہے تو یہ اُبھار نہیں نظر آئیگا۔ معدے کی پچھلی سطح پر کا قرحی کہفہ اُس وقت نظر نہیں آئے گا جب کہ معدہ بھرا ہوا ہو۔ اسکی تشخیص کے لئے یہ ضروری ہے کہ جب مریض پہلا نوالہ کھا چکے تو دیوارِ شکم کو ہاتھ سے اس طرح سہلا دیا جائے کہ کھایا ہوا غیر شفاف مادہ دیوارِ معدہ پر پھیل جائے۔ اُس میں کچھ مادہ قرحی کہفہ میں چپک کر اُس کو نمایاں کر دے گا۔ سب میں نہیں مگر بعض اصابتوں میں یہ اُبھار انحنائے کبیر کے ایک گہرے دندانے یا کٹاؤ یا تلمہ کے ساتھ متلازم ہوتا ہے، جو اُسی لیول پر یا اُس سے کسی قدر اوپر یا نیچے ہوتا ہے، اور تشنج کے باعث پیدا ہو جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ محدود المقام دردناک نقاط بھی ہوں۔ ممکن ہے کہ بلا اُبھار کے یہ دندانہ تنہا ہی نظر آئے اور اُس کا محلِ وقوع متقل رہے جب کہ علامات پر سے یہ نتیجہ نکالا جائے گا کہ قرحہ مندمل ہو گیا ہے۔ ایسی حالت میں ممکن ہے کہ لیفی بافت کے جماؤ کی وجہ سے یہ تشوہ متقل ہو جائے اور ایک تدبیری ریت گھڑی معدہ پیدا ہو جائے۔ یہ دندانہ اثنا عشری قرحہ یا التہاب زائدہ دودیہ کی حالت میں بھی واقع ہو سکتا ہے، لہذا یہ

بذات خود معدی قرحہ کا مشخص نہیں۔ یہ دیکھنا بھی اہم ہے کہ معدے کے خالی ہونے میں کتنا وقت لگتا ہے، تاکہ بوابی تشنج اور اسی طرح ندبی بوابی ضیق کا پتہ لگ جائے۔ مثبت تعامل وازرمن سے یہ اشارہ ہوگا کہ معدی قرحہ آتشکی ہے، چنانچہ دوسرے مناسب طبی علاج کے علاوہ دافع آتشک تدابیر اختیار کرنا چاہیئے (38)۔

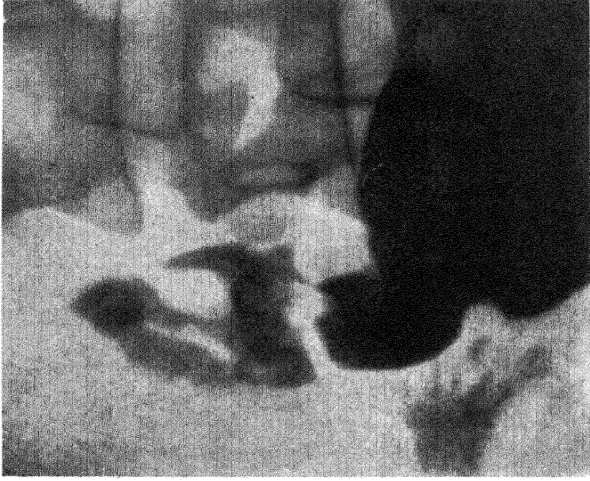
مزمن اثنا عشری قرحہ کی تشخیص اثنا عشری کلاہ کے لاشعاعی منظر سے کی جا سکتی ہے۔ اگر غیر شفاف غذا کے ساتھ سوڈیم بائی کاربونیٹ دے دیا جائے تو یہ کلاہ بہترین دکھلائی دیتی ہے۔ اس قرحہ کی شکلیں نہایت تغیر پذیر ہوتی ہیں، کیونکہ ان کا انحصار کچھ تو قرحی کہفہ پر ہوتا ہے اور کچھ عضلی طبقہ کے تشنج پر (ملاحظہ ہو صفحات ۲۴ اور ۲۵)۔

اثنا عشری کے عطفات، لاشعاعوں سے نظر آتے ہیں، اور نسبتاً عام ہیں۔ قرحہ سے ان کو تمیز نہیں کیا جا سکتا اور بلاشبہ بعض اصابتوں میں وہ مندمل شدہ قرحات ہی ہوتے ہیں۔ تاہم علامات اکثر اوقات قرحہ کے علامات سے ملتے جلتے ہیں۔ پاکٹ، بالعموم ایک انگلی کی نوک کی جسامت رکھتا ہے، اور حصہ اول اور حصہ دوم کے اتصال پر واقع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ حصہ دوم اور حصہ سوم میں اور معاء میں واقع ہو، لیکن یہاں اس کا علامات پیدا کرنا اس قدر عام نہیں ہے۔ مرارہ کے ساتھ انضمام ہونا اور حصہ دوم اور حصہ سوم کے اتصال پر مروڑ پڑنا، عطفات سے ملتے جلتے مناظر پیدا کرتا ہے (34)۔

انذار۔ مزمن معدی قرحہ کی ۱۵۰ اصابتوں اور مزمن اثنا عشری قرحہ کی ۲۰۰ اصابتوں پر ایک ساتھ غور کر کے ان کے سبب موت کا تجزیہ کیا گیا تو ظاہر ہوا کہ ۱۸ فی صدی میں موت کا سبب انثقاب ہے، جو معدی قرحہ کے نسبت اثنا عشری قرحہ کی حالت میں زیادہ عام تھا۔ ۹ فی صدی میں نزف، ۵ فی صدی میں طویل تسدد کے اثرات، سرطان وغیرہ، ۷ فی صدی میں عملیہ کے نتائج، بالخصوص ریوی پیچیدگیاں سبب موت ہیں، اور ۱۰ فی صدی میں موت کے سبب کا قرحہ سے کوئی تعلق نہیں (37)۔ حاد قرحہ میں نزف اگرچہ عام ہے لیکن وہ شاذ ہی مہلک ہوتا ہے، اور انثقاب بھی شاذ ہے۔ مزمن قرحہ میں نزف مہلک ہو سکتا ہے اور انثقاب کا ہونا غیر معمولی نہیں، لیکن ان پیچیدگیوں سے پہلے تقریباً ہمیشہ شدید درد ہوتے ہیں

الف

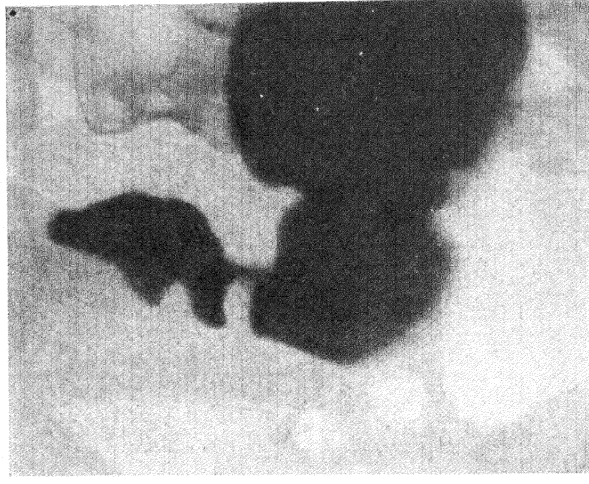
ایک شعاع نگاشت جو کہ ایک طبعی اثنا عشری کلاہ کو ظاہر کرتی ہے۔ کلاہ شکل میں مثلث ہے اور اسکے نیچے معدہ کا بوابی حصہ مع ایک حرکت دووی موج کے دکھائی دیتا ہے۔ کلاہ کا بالائی دایاں کنارہ کنگرہ دار نظر آتا ہے کیونکہ اثنا عشری کے دوسرے حصے کی دیوار یہاں مڑی پائی جاتی ہے۔

ب

ایک شعاع نگاشت جو کہ تقرح کی وجہ سے نہایت ہی چھوٹی مشوہ اثنا عشری کلاہ ظاہر کرتی ہے۔ اثنا عشری اور صائم کی گنڈلیاں اپنے کنگرہ دار کنارے کے ذریعہ نظر آتی ہیں۔ گول تاریک سایہ جس میں ایک حرکت دووی موج ہے معدہ کا بوابی حصہ ظاہر کرتا ہے۔ (مسٹر ڈبلیو لنڈسے لاک کے لئے ہوئے صحفوں سے)

الف

ایک شعاعی نگاشت جوکہ تقرح کی وجہ سے مشوہ اثنا عشری کلاہ ظاہر کرتی ہے ۔ایک حرکت دودی موج معدہ کے بوابی حصہ پر سے گزر رہی ہے، اور غذا تنگ بوابی قنال کے اندر سے گزر رہی ہے۔

ب

ایک شعاعی نگاشت جوکہ اثنا عشری قرحہ ظاہر کرتی ہے ۔ اثنا عشری کلاہ ایک قرحی کہفہ کی موجودگی کے باعث مشوہ ہے جس کے ساتھ تشنج اور شاید انداب بھی موجود ہے۔معدہ کا بوابی حصہ بھی ظاہر کیا گیا ہے۔(مسٹر ڈبلیو لنڈسے لاک کے لئے ہوئے صحفوں سے)

بالمقابل صفحہ 348

جو کچھ مدت تک رہتے ہیں۔ یہ اس امر کی دلالت ہے کہ موثر علاج ضروری ہے۔ درد کی عدم موجودگی اس امر پر دلالت کرتی ہے کہ قرحہ مندمل ہو رہا ہے اور ایسی صورت میں یہ پیچیدگیاں پیدا ہونے کا احتمال کم ہوتا ہے۔ ایسے حالات کے تحت جن سے علامات اور بالخصوص درد کے زائل ہونے میں مدد پہنچتی ہو، بڑی سے بڑی جسامت کے مزمن قروح کا اندمال واقع ہو جاتا ہے، اگرچہ یہ ممکن ہے کہ اس عمل میں مہینوں لگ جائیں۔

علاج۔ مقاصد علاج میں سے اہم ترین یہ ہے کہ معدے کو حتی الامکان آرام دیا جائے۔ مریض کو چاہیئے کہ بستر پر لیٹ جائے، تمباکو نہ پیئے، اور چند ہفتوں بعد تک ورزش بھی صرف تھوڑی ہی کرے۔ معدے کو "آرام دینے" کی کوشش کا قدیم طریقہ، جس میں مریض کو لگاتار ہفتوں تک منہ کی راہ سے کوئی غذا لینے کی اجازت نہ دی جاتی، بلکہ اس کے بجائے براہ معا مستقیم غذا پہنچائی جاتی، اب ترک کر دیا گیا ہے۔ خالی معدے کے مشہور انقباضات گرسنگی سے ظاہر ہوتا ہے کہ وہ علاج ایک مغالطہ پر مبنی تھا۔ معدے کو آرام دینے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ غذا ایک وقت میں تھوڑی لی جائے اور کثیر الوقوع وقفوں کے ساتھ لی جائے۔

دن کے وقت مریض کو ہر گھنٹے یا دو دو گھنٹے کے فاصلوں سے غذا دی جاتی ہے، لیکن شب میں کامل آرام دیا جاتا ہے۔ غذا کی خاص چیز دودھ ہو گی، اور اس کے ساتھ کچے انڈے بھی ملائے جا سکتے ہیں، بشرطیکہ مریض انہیں برداشت کر سکے۔ رائب (junket) اور بالائی، اراروٹ، کسٹرڈ، آلو، یا آرٹی چوک پوری (Artichoke puree) غذائے بنجر (Benger's food) سرخ منقی کی جیلی اور تازہ پھل کا رس بھی علاج کی ابتدا ہی سے دے سکتے ہیں۔ کچھ عرصہ بعد ہلکی چپاتی، پتلی روٹی (bread) اور مسکہ اور ٹوسٹ، پسی ہوئی مچھلی، چوزے کا قیمہ، اور گوشت کا قیمہ بھی شامل کیا جا سکتا ہے۔ خاص کھانے سے پہلے روغن زیتون کا آدھا اونس دیدیا جائے۔ الکحل اور تمباکو نوشی کی اجازت نہ دی جائے۔ مریض کو کسی وقت بھی بھوک نہ لگنے پائے۔ مثلاً رات کو جاگ اٹھنے پر ایک بار زائد غذا کی ضرورت ہونا ممکن ہے۔

درد، استواری، یا خانوں کے مخفی خون اور قرحہ کی لاشعاعی شہادت کے جاتے رہنے کے بعد

چودہ روز تک بستر میں لٹا کر علاج جاری رکھنا چاہیے۔

ہضمی قرحہ کے علاج میں قلویات (بالخصوص سوڈیم بائی کاربونیٹ) بہت مستعمل ہیں، اور طریقہ سپی (Sippy's method) میں متواتر مقادیر دیکر معدی مافیہ کو ہمیشہ قلوی رکھنے کی کوشش کی جاتی ہے۔ حقیقت یہ ہے کہ بعض اصابتوں میں اتنی قلی دی گئی ہے کہ جو التہاب گردہ اور بول دمویت پیدا کرنے کے لئے کافی ثابت ہوئی (42)۔ اِس امر کے متعلق کہ آیا معدی رَس کا ترشہ فی الحقیقت مزمن قرحہ کو تازہ رکھنے کا سبب ہو سکتا ہے، پہلے ہی شبہ ظاہر کیا گیا ہے۔ بہرصورت زیادہ معقول طریقہ یہی ہوگا کہ چربی، بالائی یا روغن زیتون وغیرہ کی صورت میں دے کر بیش ترشگی کا ردِّ عمل کر دیا جائے۔ راقم الحروف کا طریقہ صرف دو سفوف استعمال کرنے کا ہے، یعنے پری پیرڈ چاک (prepared chalk) اور ایک آمیزہ میگنیشیم کاربونیٹ (magnesium carbonate) اور پری پیرڈ چاک کا۔ ان دونوں میں سے کسی کا ایک ٹی سپون فل پانی یا دودھ میں ہر کھانے کے بعد، اور اِس سے دُگنی مقادیر شب میں سب سے آخری چیز کے طور پر لینا چاہیئے۔ دوسرے سفوف کا استعمال زیادہ بار کرکے امعاء کے فعل کو باقاعدہ بنا لیا جاتا ہے۔ ان ادویہ کا مفید عمل درد اور ساتھ ہی سوزش سینہ میں تخفیف پیدا ہو جانے سے ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ تخفیف اس وجہ سے ہو کہ کاربن ڈائی آکسائڈ (CO_2) آزاد ہو جاتا ہے۔ اور جب کم ترشگی موجود ہو تو ساتھ ہی قدرے سائٹرک ایسڈ (citric acid) تجویز کر دینے سے نہایت کامیاب نتائج حاصل ہو سکتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 338)۔ ہمارا مقصد یہ ہونا چاہیئے کہ مریض کو طویل عرصہ تک درد اور تکلیف سے بچایا جائے، اور اس طرح قرحہ بھی بتدریج مندمل ہو جائے گا۔ درد کے علاج کے لئے دوسری دوائیں یہ ہیں: ٹنکچر بیلاڈونا ۵۔۔۱۰ قطرے اور ایٹروپین کے اشرابات بقدر ۱/۱۰۰ گرین، افیون تھوڑی مقادیر میں، خلاصہ یا صبغیہ کی شکل میں، یا لائکر مارفینی ہائڈروکلورائڈی (liquor morphinæ hydrochloridi) ۱ یا ۵ قطروں کی مقادیر میں۔ شدید اصابتوں میں تحت الجلدی اِشراب استعمال کیا جا سکتا ہے، مگر جوں ہی کہ افاقہ حاصل ہو جائے علاج بذریعہ افیون کو موقوف کر دینا چاہیئے۔ شراسیف پر مقامی لاسقات کا استعمال کر سکتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 338)۔ ممکن ہے کہ اُن اصابتوں میں، جن میں متذکرہ بالا طبی علاج سے

درد اور تکلیف جلد دفع نہ ہوجائیں، ایک اثنا عشری انبوبہ کے ذریعہ سے غذا پہنچانا پڑے
یہ انبوبہ ایک وقت میں ایک ہفتہ کے لئے اسی وضع میں رکھا جاتا ہے، اور یہ بالخصوص
مزمن معدی قرحہ کی حالت میں قابل استعمال ہے۔

350

اگر بکثرت نزف واقع ہو تو مریض کو مارفیا کے زیر اثر آرام کی حالت میں رکھنا
چاہیئے، اور کیلسیئم کلورائڈ (calcium chloride) ایک گرین .. ا قطرے پانی کے اندر
کا دروں عضلی اشراب کیا جا سکتا ہے (نیز ملاحظہ ہو صفحہ 175)۔ ایک معدی
انبوبہ داخل کرکے مافیہ معدہ کو سینوران کے آلہ تفریغ (Senoran's evacuator)
سے خارج کرکے معدے کو یا تو برف جیسے ٹھنڈے پانی سے یا ۳۰ درجہ فارن ہائٹ
والے پانی سے دھوڈالنا چاہیئے، تاکہ وہ متہیج ہوکر منقبض ہوجائے۔ ایڈری نالین
(... ا میں ا والے محلول کے ۲۰ تا ۳۰ قطرے) معدے کے اندر رہنے دینا چاہیئے۔
نزف موقوف ہوجانے کے بعد چوبیس گھنٹے تک کوئی غذا نہیں کھانی چاہیئے، مگر
پانی پیا جا سکتا ہے، جس کی مقدار ایک وقت میں ۵ اونس سے زائد نہ ہو۔ شرسیف
کے مقام پر برف لگانا چاہیئے۔ جب موت کا خطرہ ہو تو نقل الدم عمل میں لاسکتے ہیں۔
یہ نزف کو جاری رکھنے کا رجحان نہیں رکھتا، جیسا کہ خون کا دباؤ بڑھ جانے کی وجہ سے
ممکن الوقوع خیال کیا جا سکتا ہے۔ مزمن قرحہ سے نزف روکنے کے لئے جراحی تدابیر
(مثلاً اوعیٔ عرق کو گرہ لگاکر باندھ دینا) بھی کامیاب ثابت ہوئی ہیں۔

اگر ایک ایسے مریض پر جس کا معدی قرحہ میں مبتلا ہونا معلوم ہو، انثقاب کے
علامات (ملاحظہ ہو التہاب باریطون) کا حملہ ہوجائے تو جس قدر جلد ممکن ہو، یعنے پانچ
یا چھ گھنٹے کے اندر، شکم کو کھول کر کہفہ باریطونی کو دھوڈالنا اور قرحہ کو ٹانکے لگاکر
سی دینا چاہیئے۔

پرانے تقرح میں جس کے ساتھ درد اور قئے، یا شدید نزفات بار بار واقع ہوتے
رہتے ہیں، یا قرحہ کے آس پاس بہت وبازت ہوگئی ہو، قدرتی طور پر جراحی عملیہ کے
متعلق غور کیا جائے گا۔ یہ اُن اصابتوں میں نہایت کامیاب ثابت ہوا ہے جن میں
قرحہ کے ساتھ بواب کا ضیق یا ندبی ریت گھڑی معدہ موجود ہو۔ مزمن معدی قرحہ
کے لئے ذیل کے جراحی عملیے کئے جاتے ہیں :- معدی صائمی تفویہ

(gastro-jejunostomy) بعض اوقات استیصالِ قرحہ کے ساتھ، یا محض اس کے ذریعہ اُس کے اتلاف یا صائمی تفویہ (jejunostomy) کے ساتھ معدی معدی تفویہ (gastro-gastrostomy) جزئی معدہ برآری (partial gastrectomy) (یعنے معدے کے بوابی حصہ کا استیصال) اور معدے کا وسطی "آستین نما" جزئی استیصال ("sleeve" resection) مزمن اثنا عشری قرحہ کے لئے یہ اعمالِ جراحی کئے جاتے ہیں :- قرحہ کا استیصال، معدی اثنا عشری بوابی ترقیع (gastro-duodeno-pyloro-plasty) اور معدی صائمی تفویہ (gastro-jejunostomy)۔

تجویز۔ جب کوئی قرحہ مندمل ہوگیا ہو تو اِس امر کی احتیاط رکھنی چاہیئے کہ اُس کا نکس نہونے پائے، جو بآسانی واقع ہوجاتا ہے۔ دانتوں، لوزتین، زائدہ دودیہ، مرارہ وغیرہ میں کے عفونی مرکزوں کا تدارک کرنا چاہیئے، اگر ضرورت ہو تو عملیہ کے ذریعہ سے۔ کھانا زود ہضم ہونا چاہیئے اور منظم وقفوں کے ساتھ کئی بار کرکے لینا چاہیئے، اور غذا کے اُن قواعد پر عمل پیرا ہونا چاہیئے جو صفحات 337 اور 349 پر درج ہیں۔ الکحل سے پرہیز ہی بہتر ہے، اگرچہ شاید ہلکی انگوری شراب اور نہایت کم طاقت والی وسکی کھانے کے وقت دے سکتے ہیں۔ مریض کو چاہیئے کہ آہستہ آہستہ کھائے اور خوب چبا کر کھائے اور تمباکو نوشی کم کرے۔ دانتوں کی خبرگیری ضروری ہے۔ مریض کو آمادہ رہنا چاہیئے کہ درد کا حملہ ہونے پر ایسی غذا لے کر کہ جس میں زیادہ تر دودھ ہو لیٹ جائے اور کھانے سے پہلے روغن زیتون لیا جاسکتا ہے۔

معدی صائمی تفویہ کے عواقب۔ اعداد و شمار ظاہر کرتے ہیں کہ معدی صائمی تفویہ کے عملیہ کے بعد شفایابی ہونا ہرگز ضروری نہیں۔ گائی (Guy) کے ہسپتال میں ۱۹۱۷ء اور ۱۹۱۵ء کے درمیان ۱۰۸ عملیہ کردہ اصابتوں میں سے ۶۵ فی صدی مریض سات برس بعد شفایاب یا نسبتہً بہت بہت بہتر حالت میں پائے گئے، مگر ۲۵ فی صدی مریضوں کی حالت غیر تشفی بخش تھی۔ بہترین نتائج بوابی ضیق میں پائے گئے (43). اِکاوُن مریضوں کے ایک گروہ میں، جنھیں معدی صائمی تفویہ کے بعد علامات کی شکایت تھی، امتحان سے مختلف حالتیں ظاہر ہوئیں :- معدی صائمی یا صائمی قرحہ (۲۰)، معدہ میں تاخیر (۱۸)، متوالی اثنا عشری قرحہ (۱۰)، صفراء کی بازروی (۸)، عملیہ کی وجہ سے سوءِ ہضم

(۲۴)، وغیرہ۔ علامات ذیل کی شکایت پائی گئی؛۔ درد (۵۰)، ریحیت (۴۰)، قئے (۴۰)، کمزوری (۳۸)، قبض (۳۰)، اسہال (۲۲)، اور درد ہائے کمر (۲۲)۔ ممکن ہے کہ مریضوں میں شکر بولیت پائی جائے اور شحم کے تمثل کی قلت ہو (۴۵)[1]۔

معدی صائمی اور صائمی قروح (gastro-duodenal & duodenal ulcers)۔ معدی صائمی قرحہ عین مقام تفوہ پر واقع ہوتا ہے، اور بیشتر اصابتوں میں وہ کسی غیر جذب پذیر حبیسز کے ٹانکے کے استعمال سے یا دموی سلعہ سے یا دوران عملیہ میں شکنجوں سے کوفتگی ہوجانے کی وجہ سے ہوا کرتا ہے (44)۔ صائمی تقرح مقام اتصال سے ذرا ہی آگے واقع ہوتا ہے، اور وہ بہ ظاہر انھیں عاملات کی موجودگی کے سبب سے ہوتا ہے جو کہ اثنا عشری قرحہ پیدا کردیتے ہیں، جیسے کہ ایسی مرکزی عفونت سے سرایت زدہ ہوجانا کہ جس کا استیصال نہ کیا گیا ہو، بیش ترشگی جو باوجود عملیہ کے بدستور باقی رہ گئی ہو اور فم کے گرد یا چنبر نازل میں تشنجات اور تبدیل شدہ ذاتی تحرک۔ علامات ویسے ہوتے ہیں جیسے کہ اثنا عشری قرحہ میں، مگر بایں استثناء کہ اب مقام درد نسبتہً کسی قدر نیچے اور شکم کے بائیں جانب ہوتا ہے۔ جب یہ قرحہ نقب لگاتے ہوئے قولون تک پہنچ جاتا ہے تو ممکن ہے کہ تبرز کے وقت شراسیفی درد ہو۔ بعض اوقات صائمی قولونی نواسیر واقع ہوجاتے ہیں اور اُن کے ساتھ برازی مادّے کی قئے ہوتی ہے۔ غیر شفاف غذا دینے کے بعد یہ لاشعاع سے عموماً نہیں دکھلائی دیتے۔

علاج۔ ثانوی تقرح کا علاج اُسی اصول پر کرنا چاہئے جس طرح کہ ہضمی قرحہ کا کیا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ عملیہ کرنے کی ضرورت لاحق ہو اور اگر بواب اچھی طرح کام کر رہا ہے تو ممکن ہے معدی صائمی تفویہ کو بند کیا جاسکے۔ دوسری اصابتوں کے علاج کا انحصار لاشعاعی کشوفات پر ہوتا ہے۔ اگر معدہ غیر معمولی سرعت کے ساتھ خالی ہوجاتا ہے تو کھانا کھاتے وقت مائیات نہ لئے جائیں۔ ممکن ہے کہ دلک اور معدی تغسیل مفید ہو۔ عموماً یہ مریض شحم کو اچھی طرح برداشت نہیں کرسکتے۔

[1] قوسین کے اندر بارہ وکے جو اعداد درج ہیں وہ فی صدی ہیں۔

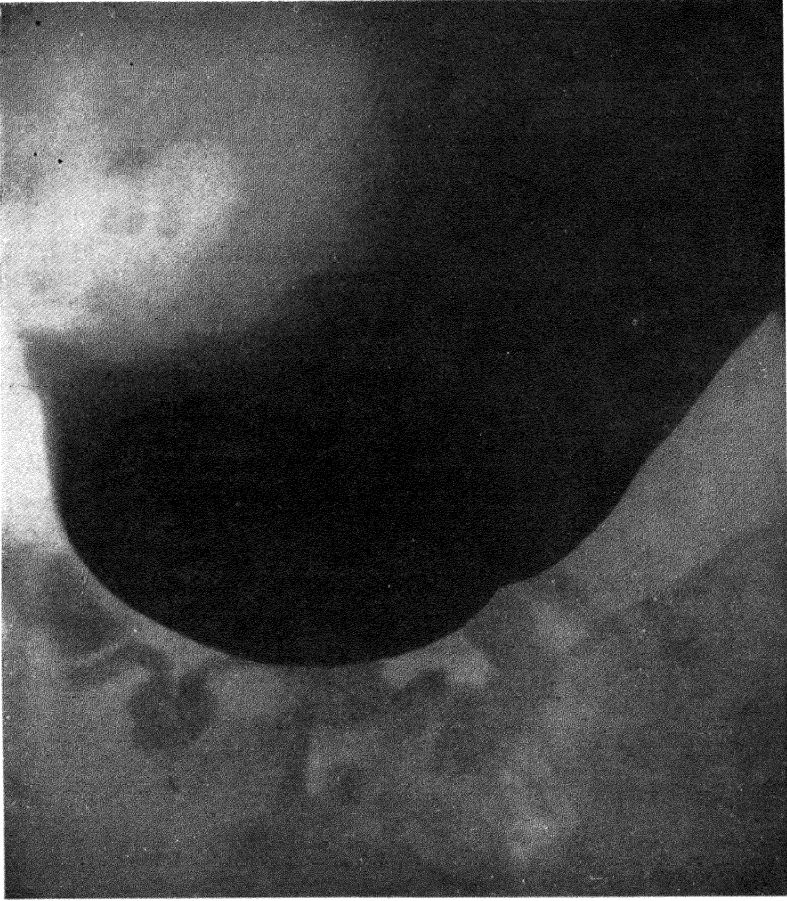
اتساع المعدہ

(DILATATION OF THE STOMACH)

ممکن ہے کہ اتساعِ معدہ نہایت تدریجی طور پر واقع ہو (مزمن اتساع = chronic dilatation)، یا ممکن ہے کہ بالکل دفعتہً ہو جائے (حاد اتساع = acute dilatation)۔ آخر الذکر کا بیان اِس سے پہلے درج ہو چکا ہے۔

مزمن اتساع المعدہ

یہ مندرجۂ ذیل کا نتیجہ ہوتا ہے :۔ (۱) وہ مختلف حالتیں جو بواب کی مسدودی پیدا کر دیتی ہیں، جس سے معدی دیوار بیش پرورده ہو جاتی ہے۔ اور (۲) وہ حالتیں جو عضلی دیواروں کی قوتِ انقباض کو متغیر کر دیتی ہیں (ملاحظہ ہو سقوط المعدہ)۔ مسدودی کے اسباب یہ ہیں :۔ بواب یا اثنا عشری کے قروح کے ندبات۔ بواب کا تشنج جو قرب و جوار کے تقرح کا ثانوی نتیجہ ہو۔ معدے کے بوابی حصے کا سرطان۔ بواب کا بیش پرورشی ضیق۔ بیرونی دباؤ، انضمامات کے ذریعہ جڑ جانا، یا ایک سقوط گردے کا کھنچاؤ۔ اور بالکل استثنائی طور پر اکال اشیاء کی وجہ سے پیدا شدہ ندبات، لیکن یہ عموماً مریلوی روزن کو ماؤف کرتے ہیں۔

بوابی ضیق کے بعد کے اتساع کے طبیعی امارات۔ نمایاں اصابتوں میں جب شکم برہنہ ہو تو وہ غیر متشاکل نظر آتا ہے اور اپنے بائیں نصف میں ایک گول اُبھار پیش کرتا ہے۔ یہ اُبھار ناف کے لیول سے نیچے تک پھیلتا ہے، اور اس کا زیریں حاشیہ ایک خم رکھتا ہے جو نیچے اور باہر کے طرف محدب ہوتا ہے، اور ضلعی حاشیہ کے زیریں حصے سے خطِ درمیانی کے داہنے جانب تک جاتا ہے۔ وقتاً فوقتاً حرکت دودی کی ایک موج اس اُبھرے ہوئے حصے پر سے عرضاً بائیں جانب سے دائیں اور نیچے کی جانب جاتی ہے۔ بائیں جانب کی انتہا پر ایک حصہ تقریباً ہتھیلی کی جسامت کے برابر بہ سرعت ایک محدب اُبھار بنا دیتا ہے، جسے

شعاع نگاشت ایک متسع معدہ کی جو کہ تقرح کے بعد بوابی ضیق کا ثانوی نتیجہ ہے۔ معدہ بڑا ہے اور شکم کے وار پار عرضی طور پر پھیلا ہوا ہے، اور انحنا رکبیر حرقفی عرف سے کچھ دور نیچے تک چلا گیا ہے۔ کھانا کھانے کے دو گھنٹہ بعد یہ بیریم سے بھرا ہوا ہے۔ لیکن کھانے کے تھوڑے حصے بواب کی راہ سے گزر چکے ہیں اور معا صغیر کی گنڈلیوں میں ادھر ادھر منتشر نظر آتے ہیں۔ انحنا کبیر پر معدہ کے بوابی حصہ کے آغاز میں حرکت دودی کی ایک خفیف موج نظر آتی ہے۔ (مسٹر ڈبلیو لنڈسے لاک کے لئے ہوئے صحفہ سے)

بالمقابل صفحہ 351

دبانے پر قطعی طور پر مزاحمت محسوس ہوتی ہے۔ چند ہی ثانیوں میں یہ اُبھار بیٹھ جاتا ہے اور ایک دوسرا حصہ، جو نسبتہً دائیں طرف کو ہوتا ہے، اُتنے ہی عرصہ تک پھول کر اُبھر آتا ہے۔ جب معدی دیوار کا ایک ایک حصہ یکے بعد دیگرے سخت ہو کر اُبھر چکتا ہے تو اس کے بعد سارا اُبھار بیٹھ جاتا ہے۔ یہ مظہر خود بخود طور پر رونما ہوتا ہے، یا ممکن ہے کہ دیوارِ شکم کو ہاتھ لگانے سے شروع ہو جائے، یا اُسے انگلی سے تیزی کے ساتھ تھپکنے سے، یا بعض اوقات محض شکم کو برہنہ کر دینے سے۔ اِسے مرئی حرکت دودی کہتے ہیں۔ شکم کے تیز حرکات سے، جیسے کہ مریض کو ہلانے پر ہوتے ہیں، مایع مافیہ میں حرکت پیدا ہو جاتی ہے، اور یہ چھلاک سُنی جا سکتی اور محسوس کی جا سکتی ہے۔ لیکن اِس کی کوئی اہمیت نہیں ہوتی، تاوقتیکہ یہ کسی غیر طبعی رقبہ پر نہ پائی جائے، مثلاً ناف سے ایک انچ نیچے، یا اُس وقت جب کہ طبعی طور پر معدے کو خالی ہونا چاہیے، یعنی کھانا کھانے کے چھ یا سات گھنٹے بعد۔

مزمن اتساع کی بہت سی اصابتوں کا ایک نمایاں خاصّہ وہ طرز ہے کہ جس پر قئے ہوتی ہے۔ غذا تین یا چار دن تک معدے میں رہتی ہے اور پھر یکبارگی ۲ یا ۳ پنٹ سیّال، قئے کے ذریعہ نکل آتا ہے۔ یہ عموماً رمادی مائل بھورے رنگ کا ہوتا ہے اور اس کی سطح پر جھاگ ہوتا ہے۔ اور خرد بینی امتحان سے اس میں لبن کے کثیر التعداد بذرے، نبقات حزمیہ (sarcinæ)، اور لمبے عصا کی شکل کے عصیّے نظر آتے ہیں، جو آپلر بوآس کے عصیات (Oppler-Boas bacilli) ہیں۔ دوسری اصابتوں میں قئے زیادہ بار بار ہوتی ہے اور اس کی ایک وقت میں باہر نکلی ہوئی مقدار تھوڑی ہوتی ہے۔

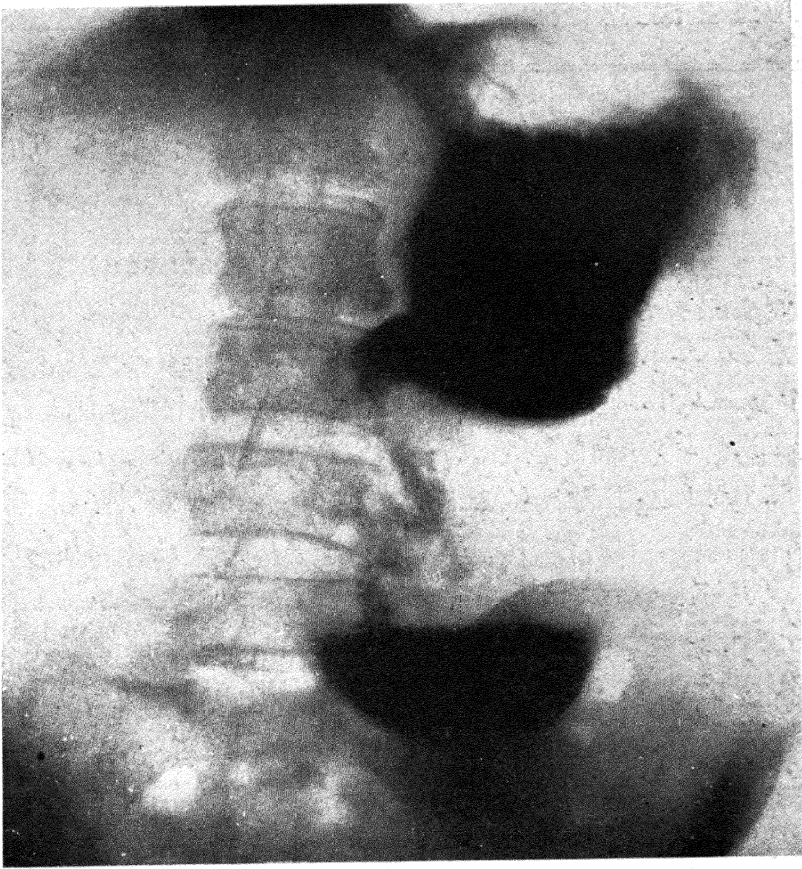
قئے کے علاوہ مریض تکلیف یا حقیقی درد میں مبتلا ہوتا ہے جو مافیہ کے اجتماع کے ساتھ بڑھتا جاتا ہے، اور اُن کے نکل جانے پر اُس میں عارضی طور پر افاقہ ہو جاتا ہے۔ شدید پیاس، کمزوری، لاغری، شحوب اور قبض بھی دیکھا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ زیادہ ذہنی انخفاض، اور بعض اوقات وقفہ دار تکزز (tetany) اور تشنجات ہوں۔ مقدارِ بول قلیل ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ کیتونیت موجود ہو [یہ وہ حالت ہے جس میں جسم کے اندر ایسیٹونی اجسام (acetone bodies) پائے جاتے ہیں]۔

352

تشخیص۔ بالآخر اس کا انحصار لاشعاعی امتحان پر ہوتا ہے، جو غیر شفاف غذا کھلانے کے بعد کیا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۶)۔ معدہ نیچے کو اور دائیں طرف بڑا ہو جاتا ہے۔ ابتداءً ممکن ہے کہ حرکت دودی غیر معمولی طور پر تیز ہو اور اس کے ساتھ معدہ جلد خالی ہو جاتا ہو۔ پھر حرکت دودی وقفہ کے ساتھ ہونے لگتی ہے اور اس کی موجوں کی گہرائی مختلف ہو جاتی ہے، چنانچہ چھ گھنٹوں کے بعد تقریباً آدھا کھانا بطور ثفل باقی رہ جاتا ہے۔ آخری درجوں میں ممکن ہے کہ حرکت دودی محض گاہے ماہے نظر آئے اور وہ مخالف سمت میں چلتی ہو اور چوبیس گھنٹے کے بعد بھی معدہ بھرا ہوا رہے۔ کسری امتحانی غذا (fractional test meal) (ملاحظہ ہو شکل ۴۶، صفحہ 331) سے بھی معدے کے خالی ہونے میں تاخیر اور آزاد ہائڈروکلورک ایسڈ کا بتدریج چڑھتا ہوا منحنی ظاہر ہوتا ہے۔

اِنذار۔ بوّاب کی تنگی کی وجہ سے واقع ہونے والے اتساع کا اسوقت تک باقی رہنا لازمی ہے جب تک کہ تسدد پیدا کرنے والا مرض باقی ہے، اور جراحی علاج کے علاوہ دوسرے علاج سے محض وقتی تسکین ہو سکتی ہے۔

علاج۔ اس کا علاج جراحی ہے اور زیادہ کثرت سے معدی صائمی تفویہ عمل میں لائی جاتی ہے۔ ایک وقتی تسکین دہ تدبیر کے طور پر معدے کو طبعی مالح سے دھو ڈالنے کا عملیہ (تغسیل) اکثر بہت مفید ہوتا ہے۔ اس عمل کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ حد سے زیادہ تنے ہوئے معدے سے مایع اور غیر ہضم شدہ غذا کا اجتماع خارج ہو جاتا ہے اور ساتھ ہی یہ اس نازلت کے لئے بھی نفع بخش ہوتا ہے جو ممکن ہے کہ اتساع کے ساتھ ساتھ موجود ہو۔ ربر کی ایک نلی، جو ایک قیف سے لگی ہوئی ہوتی ہے، معدے کے اندر داخل کر دی جاتی ہے۔ قیف کو منھ کے لیول سے اوپر اٹھا کر اور اس میں پانی ڈال کر معدے کو بھر دیا جاتا ہے۔ پھر قیف کو نیچے لا کر اور اسے ایک مناسب ظرف میں الٹ کر یا اس سے بھی بہتر سینوران کے آلۂ تفریغ (Senoran's evacuator) کے ذریعہ سے معدہ کو خالی کر دیا جاتا ہے۔ مالح کا استعمال وقفہ دار تکرّز کا ازالہ کرنے کے مقصد سے کیا جاتا ہے۔ دھونے کا عمل روزانہ ایک بار سب سے بڑے کھانے سے نصف گھنٹہ پہلے کرنا چاہیے۔

صحفہ ۲۰

ایک شعاع نگاشت جوکہ ریت گھڑی انقباض ظاہر کرتی ہے۔ بالائی خانہ جوکہ بیریم سے بھرا ہوا ہے ایک گول زیرین کنارہ رکھتا
ہے، اور زیرین خانہ کے اندر داخل ہونے کا فتحہ انحناء صغیر کے قریب واقع ہے، اور بالائی خانہ کے فرش سے اوپر ہے۔ یہ اس
امر کی دلیل ہے کہ ریت گھڑی معدہ اندابی انقباض کی وجہ سے ہے گوکہ ہمیشہ کچھ تشنج بھی ساتھ موجود ہوتا ہے۔ قرحی باطیہ
(ulcer crater) عین انحناء صغیر پر کے فتحہ پر واقع ہے۔ یہ اس طرح معلوم ہوتا ہے کہ فتحہ کا دائیں طرف کا کنارہ معدہ
کی طرف مقعر ہے۔ بیریم نیچے زیرین خانہ میں ٹپکتا ہوا نظر آتا ہے جہاں یہ معدہ کے پیندے پر بیٹھ جاتا ہے اور افقی بالائی کنارہ
رکھتا ہے۔ معدہ ساقط ہے، کیونکہ اس کا زیرین سرا حرقفی عرف سے بہت نیچے ہے۔ اثنا عشری کلاہ دکھائی نہیں دیتی،
کیونکہ ابھی تک بیریم معدہ سے بالکل نہیں نکلا۔ (مسٹر ڈبلیو لنڈسے لاک کے لئے ہوئے صحفہ سے)

معدہ کا ریت گھڑی انقباض

(HOUR-GLASS CONTRACTION OF THE STOMACH)

یہ حالت تقریباً ہمیشہ ایک مزمن معدی قرحہ کے اندماب کی وجہ سے ہوتی ہے۔ اگرچہ کبھی کبھی گرد معدی انضمامات بھی معدے کو جگر سے پیوستہ کر دیتے اور تشنج واقع کرکے ایسی ہی شکل پیدا کر سکتے ہیں۔ سرطان معدے کا تضیق پیدا کر سکتا ہے، اور سقوط المعدہ کی حالت میں معدہ ایک بالائی اور ایک زیریں حصے میں منقسم ہو جاتا ہے، جن کے درمیان میں ایک تنگ گردن حائل ہوتی ہے۔ لیکن حقیقی ریت گھڑی انقباض سے ان حالتوں کی تفریق کرنے میں کوئی دقت نہیں پیش آتی۔

علامات متلازم معدی قرحہ کے علامات ہوتے ہیں۔ لیکن جب آخرالذکر کامل طور پر مندمل ہو چکتا ہے اور تضیق بہت زیادہ ہوتا ہے تو مریض کو یہ شکایت ہوتی ہے کہ وہ ایک وقت میں غذا کی صرف تھوڑی مقداریں ہی لے سکتا ہے، اور نسبتہً بڑی مقداریں فوراً واپس نکل آتی ہیں، چنانچہ اس پر مری کے تسدد کا شبہ ہو سکتا ہے

تشخیص ۔ بہ غیر شفاف غذا دینے کے بعد لاشعاعوں سے عمل میں لائی جا سکتی ہے۔ معدہ ایک تنگ گردن کے ذریعہ سے دو خانوں میں تقسیم ہوتا ہے، اور یہ گردن بالائی خانہ سے دائیں جانب جڑی ہوتی ہے نہ کہ اس کے سب سے نیچے لٹکے ہوئے حصہ پر۔ یہ بالکل ممیز خاصہ ہے اور اس حالت کو معدے کے اس لٹک پڑنے سے متفرق کرتا ہے جو سقوط المعدہ میں ہوا کرتا ہے۔ اگر قرحہ کامل طور پر مندمل نہیں ہوا ہے تو علاوہ اندماب کے نظام عضلی کا کچھ تشنج بھی موجود ہوگا۔ یہ تسدد کو اور بھی زیادہ کر دیتا ہے، چنانچہ ان دونوں خانوں کو بیریم کی محض ایک نہایت باریک سی لکیر جوڑتی ہے۔ جب تشنج موجود ہو تو ممکن ہے کہ وہ احتیاط کے ساتھ دست ورزی کرنے پر یا لفاح (belladonna) کی ایک معتاد دینے کے بعد کسیقدر ڈھیلا پڑ جائے۔ ایک فاعلی قرحہ کبھی موجود ہوتا ہے کبھی نہیں ہوتا اور وہ گردن کی دائیں جانب کو ایک ابھار کے طور پر نظر آتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۷)۔

سرطان کی حالت میں بالید معدے کے اندر ابھری ہوئی ایک صاف رقبہ کی طرح نظر آئے گی (ملاحظہ ہو صفحہ 355)۔ لیکن اگر وہ ایک قرحے سے پیدا ہوئی ہے تو لاشعاعی منظر ویسا ہی ہوسکتا ہے جیسا کہ ریت گھڑی انقباض میں۔

علاج۔ واحد کارگر تدبیر صرف جراحی علاج ہے۔ تنگی کو چوڑا کیا جاسکتا ہے، یا قربی کہفہ کو بعدی کہفہ سے، یا صائم سے جوڑ دیا جاسکتا ہے۔

پیدائشی بیش پرورشی ضیق

یہ بوابی تسدد کی ایک قسم ہے، جس کے علامات بالعموم پیدائش کے چند روز بعد سے لے کر چھ یا سات ہفتے بعد تک، اور نہایت عام طور پر زندگی کے ابتدائی چار ہفتوں کے دوران میں ظاہر ہوا کرتے ہیں (47)۔ لڑکیوں کے نسبت یہ مرض لڑکوں میں تقریباً پانچ گنا زیادہ عام ہے۔ علامات یہ ہوتے ہیں :۔ قئے کا ہونا اور قبض (جس کی وجہ یہ ہے کہ آنتوں تک جو غذا پہنچتی ہے اُس کی مقدار تھوڑی ہوتی ہے) اور لاغری۔ اور قئے شدہ مادے اکثر کثیر المقدار ہوتے ہیں اور بہت زور کے ساتھ باہر نکلتے ہیں۔ ابتداءً وہ غذا پر مشتمل ہوتے ہیں، لیکن کچھ عرصے بعد جب کہ التہاب معدہ قایم ہوجاتا ہے تو ان میں مخاط اور متغیر شدہ خون بھی ہوتا ہے، لیکن شاذ ہی کبھی صفرا۔ بائیں جانب سے دائیں جانب کے طرف حرکت دودی جو بوابی ضیق کا اس قدر ممیز خاصہ ہے دیکھی جائے گی۔ اور تقریباً تمام اصابتوں میں (جن میں ممکن ہے کہ خوراک لیتے وقت اور اس کے بعد نہایت غور کے ساتھ اور دیر تک امتحان کرنا پڑے) خط وسطی کے دائیں جانب، ضلعی حاشیہ سے ذرا نیچے، ایک سلعہ یا دبازت پائی جائے گی جس کا قطر $\frac{1}{2}$ یا $\frac{3}{4}$ ہوگا، اور جو بواب کے انقباض کے ساتھ سختی میں وقتاً فوقتاً بدلتی رہے گی، اور اس طرح سُدوں سے تمیز کی جاسکے گی۔ چونکہ عضوی مرض کے بغیر بھی مرئی حرکت دودی کا واقع ہونا ممکن ہے، لہٰذا یقینی تشخیص کے لئے سلعہ کی موجودگی ضروری ہے۔ لاشعاعوں سے بھی مدد مل سکتی ہے۔

یہ دبازت بواب کے عضلی ریشوں کی، بالخصوص مدوّر ریشوں کے طبقہ کی بیش تکوین ہے، اور غالباً جنینی زندگی کے دوران میں نمویاب ہو جاتی ہے۔ دبازت یافتہ تودے کے اندر غشائے مخاطی میں شکنیں پڑی ہوئی ہوتی ہیں۔

علاج۔ طبی علاج یہ ہے کہ معدہ کی تغسیل کی جائے اور اس کے بعد گاڑھی غذائیں دی جائیں۔ تغسیل کے بعد (جس میں قلیات کے استعمال سے اجتناب کرنا چاہیے کیونکہ ان سے کثیر قلویت ہونے کا خطرہ ہے) معدہ میں اٹروپین کی چھوٹی خوراکیں باقی رہنے دینی چاہئیں۔ لیومینال (luminal) کی ایسی خوراکوں سے کہ جن سے بچہ غنودہ رہے، عمدہ نتائج درج کئے گئے ہیں۔

اس ملک میں بہترین نتائج رام سٹیٹ (Rammstedt) کے عملیہ کے ذریعہ حاصل ہوئے ہیں۔ یہ اس پر مشتمل ہے کہ باریطونی سطح سے سلعہ کے اندر ایک طولی شگاف غشائے مخاطی تک دیا جائے تاکہ تسدد رفع ہو جائے۔ عملیہ کے بعد غذا بہت آہستہ آہستہ بڑھانی چاہیے۔ یکایک بڑھا دینے سے بالعموم اسہال آنے لگتے ہیں، کیونکہ گذشتہ تجوع کے دوران میں غذا کا تہیج موجود نہ ہونے کے باعث ہضمی انزیموں (enzymes) کا افراز بہت کم ہو گیا ہے۔ کم خوراندہ (under-fed) شیر خوار بچوں میں بھی اس وقت جب کہ ان کی غذا کو بہت سرعت سے بڑھا دیا جائے اسی قسم کا عدم تحمل پایا جاتا ہے۔ بعض اوقات اس عملیہ کے بعد اسہال ہو جاتا ہے جس میں براز شحمی ہوتا ہے (48)۔ اس سے گمان ہوتا ہے کہ اس مرض میں صفراوی اور غالباً بانقراسی عدم کفایت بھی کچھ حصہ لیتی ہے۔

سرطان معدہ

اسباب۔ معدے کا سرطان تیس سال کی عمر سے پہلے شاذ ہی دیکھا جاتا ہے اور اس کی ۷۰ فیصدی اصابتیں چالیس اور ساٹھ سال کے درمیان کی عمروں میں واقع ہوتی ہیں۔ یہ عورتوں کے نسبت مردوں میں دُگنا عام ہے۔ توارث سرطان معدہ میں کوئی نمایاں خصوصیت نہیں۔ یہ امیر و غریب دونوں میں مساوی الوقوع ہے اور کسی خاص پیشہ

کے ساتھ تعلق نہیں رکھتا۔ اس کے متعلق بڑی بحث ہوئی ہے کہ آیا سرطان عموماً معدی قرحہ سے پیدا ہو جاتا ہے یا نہیں۔ اس رائے کے خلاف یہ واقعہ ہے کہ اثنا عشری قرحہ نہایت عام ہے حالانکہ اثنا عشری کا سرطان نہایت شاذ ہوتا ہے۔ سرطان معدہ کی پچاس اصابتوں کے ایک گروہ میں ۶۵ فی صدی کی سرگذشت ایک سال پہلے تک جاتی تھی لیکن اس سے زائد نہیں۔ ۷ فی صدی میں دو سال پہلے تک کی سرگزشت موجود تھی (57)۔ لہٰذا بیشتر اصابتوں میں، سرسری طور پر یوں سمجھئے کہ دو تہائی مریضوں میں، سرطان خود بخود شروع ہو جاتا ہے (46)، اگرچہ مزمن التہاب المعدہ، اور بالخصوص معدہ کی سعدانیت ممکنہ اسباب معدّہ ہیں۔ باقی ماندہ اصابتوں میں یہ معدی قرحہ کا نتیجہ ہوتا ہے۔

امراضیاتی تشریح۔ سرطان معدے کے تمام حصوں کو ماؤف کر سکتا ہے لیکن مریضوں کی غالب تعداد میں بواب ماؤف ہوتا ہے۔ اور مرض یہاں سے معدے کے متصلہ حصوں میں پھیل جاتا ہے، بالخصوص انحنائے صغیر کے برابر برابر۔ اگر یہ فوادی سرے کو ماؤف کرتا ہے تو عموماً اس کا حملہ مری پر بھی ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات معدے کی دیوار یکساں طور پر دررِیختہ اور دبیز ہو جاتی ہے اور معدہ بحیثیت مجموعی سکڑ کر چھوٹی جسامت کا ہو جاتا ہے (متادرہ نما معدہ = leather-bottle stomach) چند ہی مستثنیات کو چھوڑ کر سرطان معدہ کرہ آسا سرطان (spheroidal carcinoma) یا استوانہ نما سرطان (cylinderical carcinoma) کی شکل میں ہوتا ہے، اور اول الذکر نسبتہً بہت زیادہ عام ہے۔ ان دونوں میں سے ہر قسم لیفی بافت کی زیادتی کی وجہ سے جرزی (scirrhous) ہو سکتی ہے، یا اس کی قلت کی وجہ سے لبی (medullary)۔ اور دونوں میں کولائڈی انحطاط واقع ہو سکتا ہے، اگرچہ یہ کرہ آسا قسم میں زیادہ عام ہوتا ہے۔ جرزی تغیر عام ترین ہے۔ لحمی سلعہ شاذ ہے۔

سرطان کی ابتداء غشائے مخاطی کے غدد کے سرطانی خلیوں کی بش بالیدگی سے ہوتی ہے۔ یہ بالیدگیاں تحت المخاطی بافت کے اندر ابھر جاتی ہیں، پھر مزید تکاثر کرتی ہیں، اور تدریج تمام طبقات کو ماؤف کر دیتی ہیں۔ معدے کی دیوار موٹی ہو جاتی ہے اور بالیدہ ابھر جاتی ہے اور اس سے معدہ کا درونہ بہت تنگ ہو جاتا ہے۔ بالیدہ اثنا عشری پر حملہ آور نہیں ہوتی۔ آخری درجوں میں وہ اکثر اندرونی سطح پر متقرح ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ متصلہ غشائے مخاطی خملی

زائدوں کی گرہی بالیدگیاں ظاہر کرے، جو کہ مزمن التہاب معدہ کا نتیجہ ہوتی ہیں۔

ممکن ہے کہ یہ تقرحی عمل عروق کو متآکل کرکے نزف پیدا کردے۔ سادہ قرحہ کے نسبت سرطان میں یہ بہت کم ہوتا ہے کہ نزف کثیر مقدار میں ہو۔ بوابی بالید کے پیدا کردہ ضیق کا نتیجہ اکثر اوقات اتساع معدہ ہوتا ہے۔ لیکن ایک متارہ نما معدہ (leather-bottle stomach) چھوٹا ہوتا ہے۔ جب بالیدہ باریطونی سطح تک پہنچ جاتی ہے تو عام طور پر دوسرے اعضا سے معدہ کا انضمام واقع ہوجاتا ہے، اور اس کے بعد ممکن ہے کہ اس عضو پر (جس کے ساتھ انضمام واقع ہوا ہے) سرطان کا حملہ ہوجائے۔ اس طرح جگر اور لبلبہ پر اکثر اوقات، اور طحال یا قولون پر کبھی کبھی حملہ ہوجاتا ہے۔ آخرالذکر حالت میں ایک معدی قولونی ناسور کا پیدا ہوجانا ممکن ہے۔ فوادی سرے کا سرطان اکثر اوقات مری پر حملہ آور ہوتا اور اسے مسدود کردیتا ہے۔

مختلف اعضا، باریطون، جگر، لبلبہ، پھیپھڑوں، اور متصلہ لمفائی غدد میں ثانوی جماؤ واقع ہوجاتے ہیں۔ یہ ماساریقی، ثرب باریطونی، اور بابی غدد ہیں۔ لیکن جیسا کہ مری کے سرطان میں بھی ہوتا ہے، بعض اوقات عنقی لمفائی غدد بالکل ابتدا میں ماؤف ہوجاتے ہیں۔

علامات۔ سریری نقطۂ نظر سے ان اصابتوں کے دو گروہ ہوتے ہیں، اس لحاظ سے کہ آیا بوابی فعل میں خلل اور اس کے ساتھ معدی مافیہ کا غیر معمولی احتباس ہوا ہے یا نہیں۔

(۱) اس گروہ کے ابتدائی درجوں کے علامات خاص کر سوء ہضم کے علامات ہوتے ہیں۔ اول تو عدم اشتہا اور متلی ہوتی ہے، اور پھر جی کا ڈوبا جانا، غذا کے بعد درد اور ریحیت۔ یہ درد شراسیف میں، یا سوزش سینہ کے مقام پر ہوسکتا ہے۔ جب سرطان بواب کے مقام پر واقع ہو تو قئے کا اس حالت میں جلد تر واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے، بہ نسبت اس کے کہ جب وہ اس نقطہ سے دور واقع ہو۔ قئے میں غذا موجود ہوتی ہے جو ہضم کے مختلف مدارج میں ہوتی ہے، اور اس کے ساتھ کم و بیش مخاط یا خون کی دھاریاں ملی ہوتی ہیں۔ قئے کے ساتھ ملا ہوا خون اکثر دُردِ قہوہ کا منظر رکھتا ہے۔

پھر درد ایک نمایاں علامت بن جاتا ہے، اور اگر بالید متصلہ اعضا (جیسے کہ لبلبہ) پر حملہ آور ہو جائے، تو وہ مستمر ہوا کرتا ہے، یا اُس کا اُٹھنا کھانے پر منحصر نہیں ہوتا۔ وہ شانوں کے درمیان محسوس ہوتا ہے، یا قطنی خطہ میں۔ وہ اکثر وخزی اور ممزق ہوتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ ناقب، سوزشی، قارض یا خارق ہو۔ اِس قسم کے سرطان معدہ میں شاید بنیئی اختلال کے علامات نسبتہً جلد شروع ہو جاتے ہیں۔ مریض دُبلا ہو جاتا ہے، اُس کی طاقت گھٹ جاتی ہے، اور رنگ پھیکا پڑ جاتا ہے۔ اور ترقی یافتہ اصابتوں میں لاغری اور عدم دمویت بہ درجۂ انتہا موجود ہوتے ہیں۔ آنتوں میں زیادہ تر قبض ہوا کرتا ہے۔ براز دم الاسود بہ طور ایک ابتدائی اَمارت کے شاذ ہوتا ہے، لیکن مخفی خون (ملاحظہ ہو صفحہ 330) عام ہے۔

(۲) جب بواب کے فعل میں کوئی خلل نہ ہوا ہو تو بالید عموماً جسم معدہ میں ہوتی ہے، لیکن ہمیشہ نہیں۔ ممکن ہے کہ جب تک کہ بالید بہت زیادہ ترقی یافتہ نہ ہو جائے کوئی علامات موجود ہی نہ ہوں۔ اور پھر قرب و جوار کی ساختوں کی درر نجیگی کی وجہ سے پشت میں درد محسوس ہونے لگے۔ لیکن ایسی بالید سے مسلسل خون بہتا ہے، اور متغیرہ خون پاخانوں کے اندر پایا جاتا ہے۔ اِس سے جو عدم دمویت پیدا ہو جاتی ہے سلعہ غیر جسّ پذیر ہونے کی حالت میں اُس سے متلف عدم دمویت (pernicious anaemia) کا شبہ پیدا ہو سکتا ہے۔ ساتھ ہی ممکن ہے کہ ترقی پذیر ضعفہ موجود ہو۔

عام طور پر یہ کہا جا سکتا ہے کہ سرطان کی اصابتوں کی غالب تعداد میں ایک سلعہ کسی نہ کسی وقت پایا جاتا ہے اگرچہ وہ ابتدائی تین یا چار مہینوں میں شاذ ہی ملتا ہے اور بعض اعداد و شمار کی رو سے وہ ابتدائی چھ مہینوں کے اندر صرف ۳۲ فی صدی اصابتوں میں ملتا ہے۔ سلعہ کا محل وقوع، بلاشبہ معدے کے ماؤف حصے کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔ بوابی سلعہ عموماً خط درمیانی میں یا کسیقدر دائیں طرف، قصِ خنجری اور ناف کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ جب معدہ بہت متسع ہوتا ہے تو یہ سلعہ ناف سے بھی نیچے ہوتا ہے۔ جسامت میں وہ ایک اخروٹ سے لے کر ایک چھوٹی نارنگی کے برابر متغیر، اور عموماً نہایت سخت ہوتا ہے۔ ابتداءً وہ آزادانہ طور پر حرکت پذیر ہوتا ہے اور شہیق کرنے پر نیچے چلا جاتا ہے، لیکن نسبتہً بعد کے درجوں میں ممکن ہے کہ وہ انضمامات پیدا کرلے اور

355

زیادہ ثبت ہو جائے۔ اکثر اوقات اس میں زیر افتادہ اور طحال کا صدمہ منتقل ہو جاتا ہے۔
قرع کرنے پر وہ اصم یا غیر کامل طور پر گمکی ہوتا ہے۔ اسے ہاتھ لگانے سے درد محسوس ہوتا ہے۔
کبھی کبھی انثقاب کہفۂ باریطونی کے اندر واقع ہو جاتا ہے، اور اس کے بعد التہاب
باریطون پیدا ہو جاتا ہے۔ لیکن اس حادثہ کے علامات مبہم ہوتے ہیں اور صاف نمایاں نہیں
ہوتے۔ پس باریطونی غدد کا سرطان پیروں کا تہیج پیدا کر دیتا ہے، اور یہی نتیجہ بڑی وریدیں
کی علقیت سے بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ معدی قولونی ناسور (جو بیشتر سرطان کے معدے سے
قولون تک پھیل جانے کا نتیجہ ہوا کرتا ہے) کی نمایاں خصوصیت یا تو یہ ہوتی ہے کہ معدے
کے غیر منہضم شدہ مافیہ براہ راست قولون کے اندر اور یہاں سے براہ معا مستقیم چلے جاتے ہیں،
یا یہ کہ برازی قئے ہوتی ہے، کیونکہ قولون کے مافیہ معدے کے اندر چلے جاتے اور پھر
یہاں سے قئے کے ذریعہ نکل جاتے ہیں۔

موت عموماً خستگی کی وجہ سے واقع ہو جاتی ہے، اور یہ خستگی غذا کے ناقص تمثّل
کا نتیجہ ہوتی ہے، یا باریطون کے اندر ثانوی بالیدگیوں کے بسرعت پھیل کر استسقاء زقی
ہونے کا، یا جگر کے اندر ثانوی بالیدیں پھیل کر مسلسل ارتفاع حرارت ہونے کا۔ کثیر المقدار
نزف یا التہاب باریطون، التہاب شعبی، یا ذات الریہ اس منظر کو ختم کر سکتے ہیں۔

مدت مرض۔ یہ بیماری عام طور پر چھ ماہ سے دو سال تک جاری رہتی ہے۔
دو تہائی اصابتیں آٹھ مہینے سے کم جاری رہتی ہیں، اور ایک نہایت تھوڑی تعداد دو سال
سے زائد تک جاری رہتی ہے۔

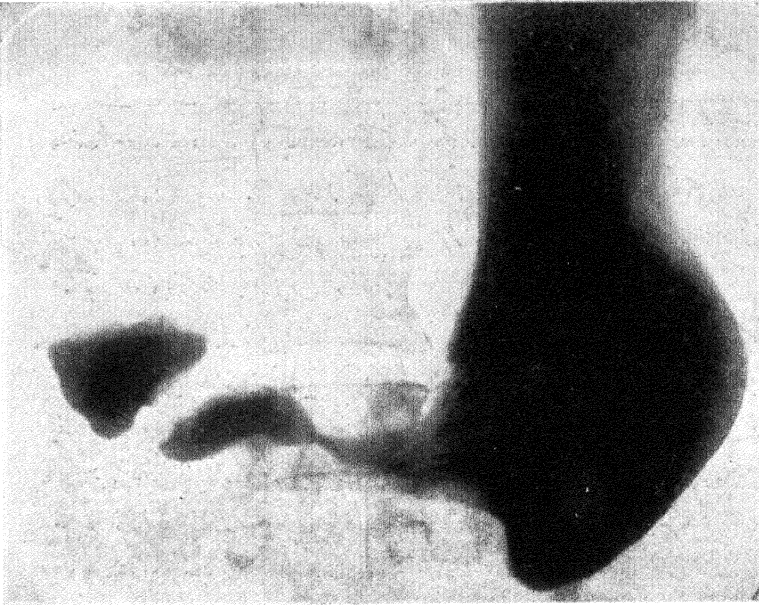
تشخیص۔ سرطان اپنے آخری مدارج میں سلعہ کی موجودگی کی وجہ سے معدے
کے دوسرے بیشتر امراض سے شناخت کر لیا جاتا ہے۔ کبھی کبھی ایک بڑھے ہوئے
سخت عنقی غدہ کے مل جانے سے، بالخصوص جب کہ یہ غدہ بائیں جانب ہو، اس تشخیص
کی طرف اشارہ ہوتا ہے۔ اگر کوئی سلعہ شناخت نہ ہو سکے، تو جیسا کہ پہلے بتلایا گیا ہے،
سرطان کا متلف عدم دمویت (pernicious anæmia) کے ساتھ، یا مزمن سوء ہضم
اور اس سے متلازم التہاب المعدہ یا ہضمی قرحہ کے ساتھ خلط ملط ہو جانا ممکن ہے، یا
ممکن ہے کہ خالصاً وجع العصبی دردوں کے متعلق یہ خیال کر لیا جائے کہ یہ سرطان کی وجہ
سے ہیں۔ استثنائی اصابتوں میں یہ بھی ممکن ہے کہ حصوں کا وہ تشابک اور انضمام جو

قرحہ سے پیدا ہو جاتا ہے، سرطان کی مشابہت پیدا کردے۔ مریض کی عمر اور مرض کی نسبتاً قلیل مدت، یہ بھی اُس کی تشخیص میں اہم عناصر ہیں، کیونکہ بیشتر اصابتوں میں سرطان سابقہ معدی قرحہ کا نتیجہ نہیں ہوتا۔

لاشعاعیں ممیّز مناظر ظاہر کرتی ہیں۔ بسمتھ کی خوراک کی وجہ سے سایہ ایک کم و بیش وسیع صاف رقبہ یا "نقصِ پُری" کے ذریعہ سے منقطع ہوتا ہے۔ یہ رقبہ یا نقص دو یا زائد خمدار یا صدفی خاکوں کے ذریعہ سے اس سایہ میں متداخل ہوتا ہے۔ یہ اُس متفطر بالید کا قایم مقام ہے جو معدے کے درونہ میں اُبھر آتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۸ الف)۔ دبانے پر یہ الیم ہوتا ہے، اور اس کی شکل مستمر ہوتی ہے۔ یہ حرکاتِ دودیہ میں شرکت نہیں کرتا، جو معدے میں دوسرے مقامات پر نظر آسکتے ہیں۔ ممکن ہے کہ کوئی نقص پُری مرئی ہونے سے پہلے حرکت دودی کا یہ انقطاع ہی ابتدائی ترین امارت ہو۔ مَتارہ نما معدے کی حالت میں یہ نظر آتا ہے کہ غذا ایک مقابلۃً تنگ نالی کی راہ سے، بلا کسی مرئی حرکت دودی کے، سیدھی اثنا عشری کے اندر بہ سرعت گرتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۸ ب)۔ ۹۶ فی صدی اصابتوں میں ایک طبعی لاشعاعی روئداد حاصل ہوئی (57)۔

مریض کو شب میں دودھ کے اندر دو ٹی سپون فل کوئلہ (charcoal) دینا چاہئے، اور دوسرے روز علی الصباح اُس کے معدے کے مافیہ کا امتحان کرنا چاہئے (49)۔ تازہ یا متغیر مرئی خون کی موجودگی سرطان کی طرف اشارہ کرتی ہے، بالخصوص جب کہ خون اُس طرح ایک سے زائد موقع پر پایا جائے، لیکن کوئلہ کی موجودگی سے معدے کے خالی ہونے میں تاخیر ظاہر ہوتی ہے۔ ۷۴ فی صدی اصابتوں میں سکونی رس میں خون موجود تھا، اور ۷۸ فی صدی میں آزاد ہائڈروکلورک ایسڈ بالکل نہ تھا (57)۔

خون کا مسلسل رساؤ سرطان کا ممیز خاصہ ہے، مگر کبھی اتفاق سے ہونے والا ادافرزف اغلباً قرحہ کا نتیجہ ہوتا ہے۔ دردِ قہوہ جیسی قئے دونوں حالتوں میں دیکھی جاتی ہے۔ 856

معدے کو دھو ڈالنے کے بعد ایک امتحانی خوراک دی جائے۔ امتحانی خوراک کے اندر لیکٹِک ایسڈ کی موجودگی سرطان معدہ پر دلالت کرتی ہے۔ ۹۴ فی صدی اصابتوں میں بے ترشگی تھی۔ چنانچہ آزاد ہائڈروکلورک ایسڈ تغیر پذیر

الف ۔ معدہ بیریم سے بھرا ہوا ہے ۔ بوابی حصہ میں سرطان کی موجودگی نقص پری سے ظاہر ہوتی ہے ۔ اثنا عشری کلاہ اچھی طرح نظر آتی ہے ۔ (شعاع نگاشت مسٹر ڈبلیو لنڈ سے لاک نے لی ہے)

ب ۔ سرطان کی وجہ سے ایک ستارہ نما معدہ ۔ (شعاع نگاشت مسٹر ڈبلیو لنڈ سے لاک نے لی ہے)

مقدار میں عموماً پایا جاتا ہے۔ بلکہ ممکن ہے کہ بیش ترشگی بھی موجود ہو (57)۔ لیکن اکثر "فاعلی ہائڈروکلورک ایسڈ" ("active HCl") میں اور "آزاد ہائڈروکلورک ایسڈ" ("free HCl") کی مقدار میں بڑی کمی ہوتی ہے۔ بعض اصابتوں میں ایک متلازم مزمن التہاب المعدہ کے باعث معدی کلورائڈ گھٹا ہوا ہوتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں معدی کلورائڈ بڑھا ہوا ہوتا ہے، جس سے یہ اشارہ ہوتا ہے کہ بالید سے رسنے والے مصل سے ہائڈروکلورک ایسڈ کی تعدیل ہوگئی ہے۔ صرف ۴۶ فی صدی اصابتوں میں معدے کے خالی ہونے میں تاخیر ظاہر ہوئی۔ ۹۴ فی صدی میں خون کسی نہ کسی وقت موجود تھا، اور باقی ماندہ ۳۶ فی صدی میں جب پاخانوں کا مخفی خون کے لئے امتحان کیا گیا تو خون مختلف مقداروں میں موجود پایا گیا۔ لہٰذا امتحانی خوراک اور پاخانوں، دونوں میں خون کی غیر موجودگی تقریباً ہمیشہ سرطان کو خارج از بحث کرے گی، لیکن راقم الحروف نے ایک چہل سالہ مریضہ کی ایسی اصابت دیکھی جس کا سرطان معدہ ہونا جراحی عملیہ سے ثابت ہو چکا تھا، مگر جس میں امتحانی خوراک اور پاخانوں میں کوئی خون نہ تھا، اگرچہ بے ترشگی موجود تھی اور لاشعاعوں سے ایک بڑا نقص پُری ظاہر ہوا۔

اِنذار۔ یہ ناموافق ہوتا ہے کیونکہ تاوقتیکہ بالید اور تمام سرایت زدہ غدد کا بالکل استیصال نہ کیا جا سکے موت ناگزیر ہے۔

علاج۔ مشتبہ ابتدائی اصابتوں میں شکم شگافی کے عملیہ کا مشورہ دینا چاہیے، کیونکہ بالید کا استیصال ہی تقریباً واحد شفا بخش طریقہ ہے۔ اس وقت جب کہ ایک گولہ محسوس ہو سکے یہ عملیہ بعد از وقت ثابت ہوگا، کیونکہ اس وقت تک بالید پھیل چکی ہوتی ہے اور التقائی غدد ماؤف ہو جاتے ہیں۔ معدی صائمی تفویہ کا عملیہ ایک تخفیفی تدبیر کے طور پر انجام دیا جا سکتا ہے۔ عمیق لاشعاعی علاج بھی آزمایا جا سکتا ہے۔

اگر اتساع نمایاں علامت ہو اور ہر چند روز کے بعد غذا کی بڑی مقداریں قئے سے نکل جاتی ہوں، تو ممکن ہے کہ معدے کو روزانہ دھوڈالنے سے عارضی تسکین معلوم ہو (ملاحظہ ہو صفحہ 352)، یا مریض کو درد محسوس ہونے کے وقت ایک نلی داخل کر لینے کی ترکیب سکھلا دینی چاہیے، کیونکہ بعض اوقات صرف اسی سادہ تدبیر سے

تسکین حاصل ہو جاتی ہے۔ ورنہ مزمن سوء الہضم کے تحت بیان کردہ تدبیریں کام میں لانی چاہئیں۔

معدے کے غیر خبیث سلعات۔ اس زمرہ میں ذیل کے سلعات شامل ہیں:۔ غدی سلعہ، عضلی سلعہ، معین لبلبہ، شحمی سلعہ، لیفی شحمی سلعہ، لمفائی غدی سلعہ، اور دویرے۔ یہ بہت کم واقع ہوا کرتے ہیں۔ پہلے تین سب سے کم غیر عام ہیں اور کبھی کبھی وہ بواب کو مسدود کر کے علامات پیدا کر دیتے ہیں۔ دوسری اصابتوں میں علامات کا انحصار سلعہ کی جسامت اور جائے وقوع پر ہوگا۔

قبض

(CONSTIPATION)

آنتوں کے صحت مند فعل کا انحصار غذا کی کافی رسد پر ہوتا ہے کہ جس کا فضلہ براز کا مادہ بنتا ہے نیز معائی رسوں کے قدرتی افراز پر اور ایک ایسے معائی عضلی نظام پر جو آسانی کے ساتھ مہیج ہو اور اتنا کافی قوی ہو کہ براز کو ایک مقام سے دوسرے مقام تک آگے دھکیل سکے۔ لیکن یہ فعل مختلف افراد میں مختلف ہوتا ہے، جو بایں ہمہ ممکن ہے تندرست ہوں۔ بیشتر اشخاص میں پاخانہ دن بھر میں ایک بار ہوتا ہے، لیکن دوسروں میں روزانہ دو بار، اور بعضوں میں صرف ایک دن چھوڑ کر ہوتا ہے۔ جب چوبیس گھنٹے کے طبعی عرصہ سے زیادہ تک یا بعض اشخاص میں دو دن تک احتباسِ براز ہو تو یہ قبض ہے۔ یہ نتیجہ ہوتا ہے (۱) بڑی آنت کے طول میں براز کی عام حرکت میں تاخیر کا (قولونی رکود= colonic stasis) یا (۲) حوضی قولون اور معاء مستقیم کی تفریغ میں تاخیر کا (عسر تبرز= dyschezia) یا مجموعی طور پر ان دونوں اعمال میں تاخیر کا۔

۱۔ معائی قنال میں براز کی عام حرکت خالصاً غیر ارادی ہوتی ہے، اور اس کا انحصار معائی دیوار کی کافی عضلی طاقت پر ہوتا ہے، جیسے مناسب غذا سے معقول

تحریک پہنچتی ہے۔ کمزور عضلی نظام ایک موروثی قصور ہو سکتا ہے، یا ممکن ہے کہ وہ آخری عمر میں طاری ہو کر شیخوخی قبض (senile constipation) کا سبب بن جائے۔ عضلہ کی عارضی کمزوری حمیات اور حاد امراض میں واقع ہو جاتی ہے، اور عدم دمویت، اخضریت (chlorosis)، کساحت، اور اُن امراض کا نتیجہ ہو سکتی ہے جن میں عصبی انخفاض ہوتا ہو جیسے کہ مالیخولیا، نہاکتِ اعصاب (neurasthenia) وغیرہ۔ مقامی طور پر ممکن ہے یہ ریحی تمدد، اور غشاءِ مخاطی کی نازلت کا نتیجہ ہو۔

357

معاء کو تہیج بالخصوص غذا سے حاصل ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ یہ مقدار میں ناکافی ہو، یا از حد خشک ہو، یا اِس میں میکانی تہیجات کی قلت ہو، جن میں نباتی اشیاء کا سیلولوز (cellulose) سب سے زیادہ اہم ہے۔ نیز معلوم ہوتا ہے کہ بعض افراد میں آنتوں میں غیر معمولی قوتِ ہضم و جذب کے باعث اس قدر کم ثفل باقی رہتا ہے کہ افراغات لازمی طور پر بہت کم مرتبہ ہوتے ہیں۔ اِس حالت کو "حریص قولون" ("greedy colon") کے نام سے تعبیر کیا جاتا ہے۔ معدے کی بہت سی خرابیوں میں بالخصوص جہاں قئے بار بار ہوتی ہو، قبض ہوا کرتا ہے۔ مزید برآں حوض یا شکم کے التہابی یا ضربی نوعیت کے دردناک مقامی عوارض سے آنت کا معکوس فعل براہِ راست ممتنع ہو سکتا ہے۔

قولونی رکود کی تشخیص صرف اُسی وقت ہو سکتی ہے جب کہ ایک غیر شفاف خوراک دینے کے بعد امعاء کا امتحان کیا جائے۔ معمولی حالات میں چار گھنٹوں کے اختتام پر معدہ خالی ہوتا ہے اور غذا لفائفی کے انتہائی سرے پر جمع ہوتی ہے۔ دوسری خوراک لینے سے لفائفی کی انتہا پر اور قولون کے اندر خاص فعلیت پیدا ہو جاتی ہے، جس کی وجہ سے معائی ما فیہ بہ سرعت آگے کی طرف حرکت کرتے ہیں۔ (معدی لفائفی اور معدی قولونی معکوسات)(50)۔ غیر شفاف غذا معدے سے کلی طور پر غائب ہو جانے کے عموماً چار گھنٹے بعد لفائفی کو چھوڑ چکی ہوتی ہے۔ لیکن لفائفی رکود کی تشخیص بلا خطر صرف اُسی وقت کی جا سکتی ہے جب کہ اِس غذا کے کھانے کے چھ گھنٹے بعد تک اِس کا خفیف سا حصہ بھی اعور کے اندر داخل نہ ہوا ہو، یا جب کہ اِس غذا کا بیشتر حصہ غذا کھانے کے نو گھنٹے بعد بھی لفائفی کی انتہا ہی میں ہو اور یہ معلوم

ہو چکا ہو کہ معدے نے خود کو تین یا چار گھنٹوں میں خالی کر دیا ہے۔ طبعی طور پر غیر شفاف غذا چوبیس گھنٹے میں معاء مستقیم میں پہنچ جاتی ہے۔ قولونی رکود اُس وقت موجود ہوگا جب کہ اِس مدت کے اختتام پر وہ اب بھی بکلیہ اعور یا قولونِ صاعد میں ہو یا جب کہ چوبیس گھنٹے میں وہ طحالی تعریج میں پہلی مرتبہ پہنچی ہو لیکن غیر شفاف غذا اُس خوراک کے کھانے کے اڑتالیس گھنٹے بعد بھی قولونِ مستعرض میں موجود ہو۔ اگر قولونی رکود شدید درجہ کا ہے تو لفائفی اعوری مصراع کے پار معائی مافیہ کے گذرنے میں بھی تاخیر ہوگی (لفائفی رکود)۔ لفائفی رکود قولونی رکود کے بغیر بھی واقع ہو سکتا ہے، بالخصوص تحت الحاد التہاب زائدہ کی اصابتوں میں (زائدۂ ضابط = (controlling appendix)۔

۲ چوبیس گھنٹے کے دوران میں جو براز حوضی قولون کے اندر جمع ہو جاتا ہے اُسکے معاء مستقیم کے اندر داخل ہونے سے تبرز کی خواہش پیدا ہوتی ہے، اور معاء مستقیم کے اندر براز کا یہ داخلہ ناشتہ کھانے کے تہیج، یا اُٹھ کر کھڑے ہونے کے تہیج یا کسی اور روزانہ وظیفہ کے تہیج سے معکوس طور پر واقع ہو جاتا ہے۔

تبرز کے آخری عمل، یعنے مستقیم کے اندر براز کے داخلہ اور اُس کی آخری تفریغ میں خلل واقع ہونا نام نہاد عادتی قبض (habitual constipation) کا ایک عام سبب ہے۔ ہرسٹ (Hurst) نے اِسے عُسرِ تبرُّز کا نام دیا ہے۔ اِس فعل کی انجام دہی کا انحصار ایک تہیج پر ہوتا ہے جو معاء مستقیم سے منتقل ہوتا ہے، اور اس کمیت پر جو حوضی قولون کی طرف سے ظاہر ہوتی ہے۔ اُن اشخاص میں جن میں اجابت پابندی اوقات کے ساتھ ہوا کرتی ہے، یہ تہیج روزانہ ایک خاص وقت پر پیدا ہوا کرتا ہے اور اگر اسے عمل کرنے دیا جائے تو اِس کا نتیجہ افراغ ہوتا ہے لیکن اگر اِس تہیج سے بے اعتنائی کی جائے اور پاخانہ پھرنے کی خواہش کو دبا دیا جائے تو بعد کے موقع پر اِس معکوسہ کے نسبتۃً کم فعال ہونے کا امکان ہوتا ہے، اور کچھ زمانہ گذر جانے کے بعد ممکن ہے کہ یہ تہیج محسوس ہی نہ ہو۔ چنانچہ اس خواہش کا دبانا اور اِسکے احساس سے بے اعتنائی کرنا قبض کے عام اسباب ہیں۔ کام پر جانے کے لئے جلدی کرنے والے اشخاص کی حالت میں عدم فرصت، بڑے مکانوں میں، یا لڑکیوں کے

مدرسوں میں جھوٹی شرم، بڑے دفاتر میں جگہ کا کافی نہ ہونا اور بہت سے لوگوں میں محض کاہلی یہ اِس کا سبب ہوتے ہیں، چنانچہ اس عمل کو ملتوی کر دیا جاتا ہے یہاں تک کہ پابندیٔ وقت کی عادت بالکل چھوٹ جاتی ہے، براز دو یا تین دن بلکہ ایک ہفتہ تک محبوس رہتا ہے، اور پھر صرف ملیّن ادویہ یا حقنہ کے استعمال سے افراغ حاصل کیا جا سکتا ہے۔

عُسرِ تبرز کا ایک دوسرا سبب اُن ارادی عضلات کی کمزوری ہے، جو مافیہ شکم کو بھینچتے ہیں، اور قولون سے معاءِ مستقیم کے اندر، اور معاءِ مستقیم سے مبرزی گذرگاہ کے آر پار براز کے گذرنے میں ممد ہوتے ہیں۔ یہ شہیقی عضلاتِ شکم، ڈایافرام، عضلۂ رافع المبرز اور حوضی فرش کے دوسرے عضلات ہیں۔

اگر غیر شفاف خوراک کا بیشتر حصہ اُس کے کھانے کے چوبیس گھنٹے بعد حوضی قولون اور معاءِ مستقیم میں پہنچ گیا ہے، اور اگر باوجود اس کے تبرز کی خواہش نہ ہو تو عُسرِ تبرز کی تشخیص قائم کی جا سکتی ہے۔

براز کے گذرنے میں میکانی رکاوٹیں، جیسے کہ قولون کا ضغطہ یا تثنی، براز کی سخت گٹھلیاں، بالید کی وجہ سے تضییق، عضلۂ عاصرۃ المبرز کا تشنج، اور قولون کا تشنج (یعنی وہ حالت جسے تشنج الامعاء: entrospasm کہتے ہیں) بڑی آنت کے کسی بھی حصہ میں تاخیر واقع کر سکتی ہیں۔ ان میں بعض حالتیں بلند تر درجہ میں مکمل تسدد پیدا کر دیتی ہیں۔

علامات۔ اگر آنتوں کو اپنے حال پر چھوڑ دیا جائے تو ان کا عمل یعنی اجابت دو تین، چار یا زیادہ دنوں کے وقفہ سے ہوتی ہے۔ قولون یا معاءِ مستقیم برازی مادے کی سخت گول گٹھلیوں (سُدّوں) سے پُر ہو جاتی ہے، جو کسیقدر پھیکے رنگ کی ہوتی ہیں، اور باہم پیوستہ ہو کر تودے بنا دیتی ہیں۔ پاخانہ پھرنے کی خواہش کا نتیجہ پہلے شاید ہی ہوتا ہے کہ کانکنے کی کوششیں ہوتی ہیں جو غیر موثر ثابت ہوتی ہیں۔ لیکن بالآخر کچھ سُدّے نکلتے ہیں، اور ممکن ہے کہ چند گھنٹوں کے اندر کچھ اور دو یا تین بار مکرر نکلیں، یہاں تک کہ نیچے والی آنت خالی ہو جائے۔ اس کے بعد کئی روز کے دوسرے عرصے تک آنت غیر فعال رہتی ہے یعنی اجابت نہیں ہوتی۔ اِس احتباس کے دوران میں ممکن ہے کہ مریض مختلف الاقسام کی بے آرامیاں محسوس کرے۔

مقامی طور پر ممکن ہے کہ عجان میں پُری یا بھاری پن کا احساس ہو، یا اُسے مبرزی خارش کی شکایت ہو۔ اور ممکن ہے کہ اُور وہ باصوری پھول جائیں، اور بواسیر پیدا ہوجائے۔ بعض اوقات اعصابِ حوض پر برازی تودوں کے دباؤ کی وجہ سے نیچے رانوں تک درد ہوتا ہے۔ اکثر شکم میں اوسط درجہ کا تمدد ہوجاتا ہے، جس کے ساتھ شاید ریحیت اور ڈکاریں بھی ہوں۔ زبان اکثر فردار، سپیدی مائل یا میلی بھوری ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ سانس میں بدبو ہو۔ بعض مریضوں میں سستی اور پریشانی کا احساس ہوتا ہے، چستی یا تازگی مفقود ہوجاتی ہے، اور حقیقی دردِ سر ہوتا ہے، یا یہاں تک ہوتا ہے کہ بہت زیادہ ذہنی انخفاض ہوتا ہے۔ بعض اصحاب اِن علامتوں کو اور بہت سی دوسری علامتوں کو امعاء کے مافیہا کی سست رفتاری یا معوی سرکود پر محمول کرتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 360)۔ لیکن یہ یاد رکھنا چاہیے کہ اکثر قبض جسقدر زیادہ عادتی ہوتا ہے عام اختلال اُسیقدر کم ہوتا ہے۔ اور بہت سے لوگوں میں باوجود اِس کے کہ اُنھیں آخری تفریغ بہت دن پہلے ہوئی تھی خود میں کسی خرابی کا احساس نہیں ہوتا۔

جہاں براز معاء مستقیم میں محبوس ہوجاتا ہے آخرالذکر اُسے جگہ دینے کیلئے بے انتہا متسع ہوجاتی ہے۔ براز کی وہ حالت کہ جبکہ اِس کے سدّے بن جاتے ہیں، اس طرح پیدا ہوتی ہے کہ وہ قولون میں محبوس ہوجاتا ہے، اور اس احتباس کے دوران میں اس کے اندر جو کچھ پانی موجود ہوتا ہے اُس میں سے زیادہ تر کے جذب ہوجانے کا موقع پیدا ہوتا ہے۔ اُس وقت بھی جب کہ معاء مستقیم سدّوں کے تودوں سے پُر ہو کرتنی ہوئی ہو، مبرز سے کسیقدر برازی سیال خارج ہوسکتا ہے یا مخاط کے اِفراز کی تحریک ہوسکتی ہے، اور ممکن ہے کہ ان مایعات کے اِخراج سے اِسہال کی مشابہت ہوجائے۔ نسبتہً زیادہ وسیع نازلتی التہابِ قولون، اور برازی قروح بھی قبض سے پیدا ہوسکتے ہیں۔

حوضی قولون کے اندر برازی مادّے کا اجتماع ممکن ہے ایسا ہو کہ وہ شکم کے حصۂ زیریں میں ایک بڑی رسولی بنادے جس کا امتیازی خاصّہ یہ امر ہے کہ اُنگلی کے سخت دباؤ سے اُس میں گڑھا پڑسکتا ہے۔

علاج۔ مجملاً یہ کہا جا سکتا ہے کہ قولونی رکود کا علاج غذا کے ذریعہ سے اور شدید تر درجوں میں ڈالک شکمی ورزشوں اور ادویہ سے کرنا چاہیئے، اور عسر تبرز کا علاج ترغیب اور ورزشوں سے، اور شدید تر درجوں میں درجہ دار حقنوں سے۔ یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ بعض مریض ہر دوسرے یا تیسرے روز پاخانہ جانے کی صورت میں بھلے چنگے رہتے ہیں۔

مریض کو روزانہ پابندیٔ وقت کے ساتھ اور بلا عجلت کیئے پاخانہ جانا چاہیئے خواہ اُسے اُس وقت حاجت معلوم ہو یا نہو، اور اِس طریقہ کو بقیہ زندگی بھر ایک عادت کے طور پر جاری رکھنا چاہیئے، لیکن ممکن ہے کہ اِس طرز عمل کے عمدہ اثرات کا پورا اظہار مہینوں کے بعد ہو۔ عسر تبرز کی حالت میں اُکڑاوں وضع اختیار کرنی چاہیئے

غذا کی ترمیم اس نہج پر کرنی چاہیئے کہ اُس میں کافی سبزیاں ترکاریاں تازہ یا مصئون پھل، یا سلاد مع سلاد کے تیل کے شامل ہوں۔ لال روٹی (brown-bread) یعنی بے چھنے آٹے کی روٹی، یا جئے کے دلیئے سے بعض اوقات آنتوں کو مطلوبہ تہیج حاصل ہو جاتا ہے۔ غذا کافی مایع بھی ہونی چاہیئے، اور بعض لوگوں میں ناشتہ سے پہلے ایک گلاس ٹھنڈا پانی پینے یا ایک سیب کھا لینے سے روزانہ ایک اجابت ہو جاتی ہے۔ حریص قولون کی اصابتوں میں دلیئے، آلوؤں یا دم پخت کردہ پھلوں میں جذب ناپذیر پسے ہوئے اگار اگار (agar agar) کے ایک دو چھوٹے چمچے ملا لینا مفید ہوتا ہے۔

اُن لوگوں میں جو نقل و حرکت کم کرتے ہوں اور گھر میں بیٹھے رہنے کی عادتیں رکھتے ہوں چلنے کی ورزش، شمشیر بازی، گھوڑے کی سواری، گاڑی کی سواری یا گاڑی ہانکنا اکثر مفید ہوتا ہے یا سویڈش ورزشوں سے عضلاتِ شکم کو خاص طور پر ورزش کرائی جائے اور قولون کی مالش اُس خط کے طول میں کی جائے جو غیر شفاف خوراک کے بعد لاشعاعوں سے ظاہر ہوا ہو۔ عورتوں میں فرش حوض کو ورزش کرائی جائے یعنی مریضہ کو کہا جائے کہ وہ صبح و شام مبرز کو تیس بار اندر کھینچے اس طرح جس طرح کہ ریح کے اخراج کو روکنے کے لیئے کیا جاتا ہے۔

لیکن با ایں ہمہ ممکن ہے کہ پھر بھی ادویہ کے استعمال کی ضرورت پڑے،

359

اور اِن کے انتخاب میں احتیاط اور غور کی ضرورت ہے ۔ عام طور پر نہایت تیز یا شدید الفعل مسہلات سے پرہیز کیا جائے، کیونکہ اُن سے بہت سے پتلے دست ہو جاتے ہیں، جن کے اثر سے معوی عضلہ کلی طور پر خستہ ہو جاتا ہے، اور نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بعد میں کئی دن تک کوئی تفریغ نہیں ہوتی۔ لیکن یہ پہلے ہی بتلایا گیا ہے کہ قبض کا انحصار حرکت دودی کی قلت پر ہوتا ہے، اسی واسطے حد سے زائد تہیج اور خستگی سے خاص طور پر احتراز لازم ہے۔ اِس نقطۂ نظر سے اِس سے بہت فائدہ حاصل ہوتا ہے کہ معمولی ملینات کے ساتھ ایسی دوائیں بھی شریک کر دی جائیں جو معوی عضلہ پر مقوی اثر رکھتی ہوں۔ یہ بالخصوص کچلا اور لوہا ہیں۔ سنا کی پھلیاں جنھیں چند گھنٹے ٹھنڈے پانی میں بھگو رکھا اور پھر پیا جاتا ہے، ایک مفید ملین ہیں۔ کاسکیرا اسیگریڈا (cascara sagrada) کا مائع خلاصہ، ۳۰ یا ۴۰ قطروں کی معتادوں میں شربت زنجبیل (syrup of ginger) کے ساتھ شریک کر کے، یا اُس کا خشک خلاصہ ۲ یا ۳ گرین کی معتادوں میں گولی کی صورت میں روزانہ شب کے وقت دیا جا سکتا ہے۔ خالص لکوڈ پیرافین، حالتِ مرض کی ضروریات کے لحاظ سے ½ اونس تا ۱ اونس کی معتادوں میں روزانہ ایک یا دو بار دیا جا سکتا ہے۔ الائن (aloin) ا یا ½ اگرین اور کچلے کا خلاصہ ¼ یا ½ گرین، ایک کارگر امتزاج ہے، جس کا استعمال صبح کے وقت ناشتہ سے پہلے کرنا چاہیئے۔ بعض اوقات اِس کے ساتھ خلاصہ لفاح (extract of belladonna) ¼ گرین، یا عرق الذہب (ipecacuanha) ½ گرین شامل کر دینا مفید ہوتا ہے۔ سلفیٹ آف آیرن (sulphate of iron) (۱ گرین)، الائن اور کچلے کے ساتھ بھی نہایت مفید ہوتا ہے۔ اگر روزانہ ایک گولی ناکافی ہو تو دو بلکہ تین گولیاں لی جا سکتی ہیں۔ لیکن بہر صورت اصل علاج یہ ہے کہ فعال اسہال سے پرہیز کرنا چاہیئے، اور جیسے ہی کہ اِس کے پیدا ہونے کا امکان معلوم ہو، روزانہ تین گولی کو گھٹا کر دو، یا دو سے ایک کر دینا چاہیئے۔ اور آخرکار آنتوں کا فعل یعنی اجابت بلا کسی قسم کی خارجی مدد کے خود ہونے لگیگی۔ بعض حادثہ شکمی حالتوں میں یا شکمی عملیات کے بعد ایسیرین سیلی سلیٹ (eserine salicylate) یا پچوٹرین (pituitrin) کا تحت الجلدی اشراب کیا جا سکتا ہے۔ قدرتی نمکین پانی (natural saline waters) جیسے کہ رُوبیناٹ

(Rubinat)، پولنا (Pullna) ہنیاڈی جنوس (Hunyadi Janos) (جن میں میگنیسیم اور سوڈیم کے سلفیٹس موجود ہوتے ہیں) اور کارلس باڈ (Carlsbad) (جو خاص کر سلفیٹ آف سوڈیم ہے)، جب کبھی دستیاب ہوسکیں مفید ہوتے ہیں۔ انھیں مریض ناشتہ سے پہلے ایک وائن گلاس بھر سے لے کر ایک نصف ٹمبلر تک لے سکتا ہے۔ کارلس باڈ کے نمک جو مختلف چشموں کے پانی سے نکالے گئے ہوں، یا خود سلفیٹ آف سوڈیم بھی دے سکتے ہیں۔ آدھے ٹمبلر گرم پانی میں ایک چھوٹا چمچہ بھر نمک حل کرکے ناشتہ سے پہلے پی لینا چاہئے۔ علاج کے آغاز میں آنت کے اندر، بالخصوص معا مستقیم میں، جو مفتحات (aperients) کے راست عمل کے نقطہ سے نیچے ہوتی ہے، براز کا اجتماع ہوتا ہے، اس لئے اکثر ٹھنڈے پانی کے حقنوں کی ضرورت ہوتی ہے۔ جب براز کا ایک بڑا اجتماع واقع ہوگیا ہو تو ممکن ہے کہ حقنہ کے ساتھ انگلی کی مدد سے بھی کام لینا پڑے۔ اس کے بعد چند روز تک حقنہ کا استعمال جاری رکھنا چاہئے تاکہ زیادہ قدرتی طریقہ قائم ہونے تک اس سے آنت کو تحریک حاصل ہوتی رہے۔ اس عسر تبرز میں جو ترغیب اور ورزشوں سے شفایاب نہ ہو، گلیسرین کے درجہ وار حقنے آزمائے جاسکتے ہیں۔ انھیں ایک اونس گلیسرین سے شروع کرنا چاہئے اور بتدریج گلیسرین کو کم کرتے ہوئے اس کے بجائے پانی کی مقدار دن بدن زیادہ بڑھاتے رہنا چاہئے۔

قتال غذائی تسمم الدم

(alimentary toxæmia)

قتال غذائی تسمم الدم سے مراد خون کے اندر ان سموم کا جذب ہونا ہے جو قنال غذائی سے اخذ ہوتے ہیں۔ اب یہ یقین زیادہ مستحکم ہوتا جارہا ہے کہ کثیر التعداد علامات امراضیاتی حالتیں، بلکہ صریح امراض بھی اسی تسمم الدم کے باعث ہوتے ہیں۔ مگر اس سے پہلے کہ یہ نظریہ بالکل سائنٹیفک بنیاد پر قائم کردیا جاسکے بہت سی مشکلوں پر غالب آنا پڑے گا۔ فی الحال ہم اس سے اور کچھ زیادہ نہیں کہہ سکتے کہ وہ علاج جو اس مفروضہ پر مبنی رکھا گیا اکثر کامیاب ثابت ہوا۔ ظاہر ہے کہ سبب اور نتیجہ کی درمیانی کڑیوں کا پتہ لگا لینا ہمیشہ آسان نہیں ہوتا۔

اولاً ممکن ہے کہ ان سموم کا منبع وہ عضویات ہوں جو باہر سے داخل ہو جاتے ہیں، جیسے کہ عفونتِ دہن (oral sepsis) کی صورت میں کہ جس کا تذکرہ پہلے ہو چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 321)، اور ایسی صورت میں جوئے خون کے اندر بقاتِ نسیجیہ داخل ہو جاتے ہیں یا وہ خرد عضویات جو دانتوں کے خانوں (sockets) سے آتے ہیں متواتر نگلے جاتے ہیں اور مرض کا باعث ہوتے ہیں۔ یہ غذائی نتھنے کے مختلف حصوں میں جا کر بیج ہو سکتے ہیں، اور وہاں سرائتیں پیدا کر دیتے ہیں۔ حال ہی میں رثیت نما التہابِ مفاصل (rheumatoid arthritis) اور التہابِ عظمی مفصلی (osteo-arthritis) کی بعض اقسام بھی اسی سبب کی طرف منسوب کی گئی ہیں۔ دوئم، ممکن ہے کہ دراصل خود غذا ہی میں زہر موجود ہوں، یا پروٹینیز بمقدارِ کثیر موجود ہوں جو تحلیل ہو جائیں، یا کاربوہائیڈریٹس بمقدارِ کثیر موجود ہوں جن میں تخمیر پیدا ہو جائے۔ اور سوئم ممکن ہے کہ عادتی قبض کے نتیجہ کے طور پر غذا یا یوں کہنا زیادہ موزوں ہوگا کہ براز بہت عرصہ تک محبوس رہے یہاں تک کہ اس میں جراثیمی یا کیمیائی تغیرات نمودار ہو کر سموم یا زہری کیمیائی اشیاء پیدا ہو جائیں (معوی سم کود)۔

360

معلوم ہوتا ہے کہ ہضم کے پیچیدہ اعمال جو قنال غذائی میں معدے سے معاء مستقیم تک (بشمول ہر دو) واقع ہوتے رہتے ہیں، اور تاخیر و اختلال کے وہ امکانات جو ایک ایسے طویل کھفہ میں موجود ہیں، کیمیائی زہروں یا سموم کی تکوین کے لئے، اور دورانِ خون کے اندر ان کے داخلہ کے لئے وافر موقع بہم پہنچاتے ہیں۔ لیکن ابتدا میں شاید یہ صرف جدید زہروں یا سموم کی پیدائش کا ہی سوال نہیں ہوتا بلکہ اس میکانیت کے ٹوٹ جانے کا بھی سوال ہوتا ہے جو غذائی قنال یا دوسرے مقامات کے زہروں کو خون کے اندر داخل ہونے سے طبعاً روکتی ہے۔ یہ میکانیت ہضمی افرازات، مخاطی اغشیہ اور ان کا مخاط، جگر کا مانع سمیت فعل، اور ممکن ہے کہ غدہ درقی کا فعل ہے۔

لیکن یہ غیر یقینی معلوم ہوتا ہے کہ آیا وہ جراثیم جو عموماً آنت کے اندر پائے جاتے ہیں کوئی حقیقی نقصان کرتے بھی ہیں، یا یہ کہ وہ کن حالات میں ایسا کرتے ہیں۔ اور کیمیائی اشیاء کے متعلق یہ ہے کہ ابھی بہت کچھ جاننا باقی ہے، کیوں کہ بعض اصحاب تو انڈال (indol)، اسکیٹال (skatol) اور فینال (phenol) کی تکوین اور ایتھیریل سلفیٹس

(ethereal sulphates) کی زائد تکوین کو بہت اہمیت دیتے ہیں، اور دوسرے اصحاب جیسے کہ میلان بی (Mellanby) امائنس (amines) میں بہت خطرہ دیکھتے ہیں، جو کہ اس وقت پیدا ہوتے ہیں جب کہ معوی جراثیم کی وساطت سے پروٹین پاش امینوایسڈز سے اُن کی کاربن ڈائی آکسائیڈ الگ ہوجاتی ہے۔

غذائی تسمم کی ان اصابتوں پر رائے زنی کی چنداں ضرورت نہیں۔ جن میں نوعی عصبیتے موجود رکھنے والی تحلیل پذیر غذا کا ادخال ہوجاتا ہے، اور اُس کے اثر سے علامات پیدا ہوجاتے ہیں۔

نقرس (gout) اور اُس سے مماثل حالتیں ایسی غذا کے طویل استعمال کی طرف منسوب کی جاتی ہیں جس میں پروٹینز کی مقدار بہت زیادہ ہو، لیکن یہ امر ابھی تک معرضِ بحث میں ہے کہ آیا ایسا اس وجہ سے کیا جاتا ہے کہ پروٹینز جلد تحلیل ہوجاتے ہیں، یا آیا خردعضویے پروٹینز کے ساتھ کوئی تعلق رکھتے ہیں؟ یا آیا جراثیمی سموم، یا دوسرے کیمیائی مرکبات، جیسے کہ پیورنیس (purins)، یہ فساد پیدا کردیتے ہیں۔ اسی طرح ممکن ہے کہ کاربوہائڈریٹس کی زیادتی بچوں میں ایک سمی حالت پیدا کردے، جیسی تپ، متلی، ہری اجابتوں کے ساتھ اسہال، اور تمددِ شکم موجود ہوتے ہیں۔ معلوم ہوتا ہے کہ بعض جلدی ثورانات کا انحصار معدی معوی بے قاعدگیوں پر ہوتا ہے، مثلاً سیپ دار مچھلی کھانے کے بعد شدید شری (acute urticaria) پیدا ہونا، خواہ یہ راست تسمم کے باعث ہو یا جیسا کہ بعضوں کا یقین ہے، استہداف کی ایک مثال ہو۔

تھوڑے عرصہ سے تیسرا جزوعامل دلچسپی کا مرکز بن گیا ہے، یعنے مزمن قبض یا معدی رکود، جو احتباس براز پیدا کردیتا ہے، سر آربتھ ناٹ لین (Sir Arbuthnot Lane) نے اس احتباس کی طرف بہت سے خراب نتائج منسوب کئے ہیں۔ اُس کا کہنا ہے کہ ابتدائی زندگی میں نامناسب غذا دینے سے اور انتصابی وضع قایم رکھنے سے آنتوں میں لٹک پڑنے کا رجحان پیدا ہوجاتا ہے، اور یہ کہ اُن کو سہارا دینے کے لئے مختلف حصوں میں باریطونی انضمامات بن جاتے ہیں، اور یہ کہ ازاں بعد مسلسل احتباس کی وجہ سے اور محبوس برازی مادے کے زائد بوجھ کی وجہ سے لفائفی کے آخری سرے پر اور اثناعشری میں تنیات بن جاتے ہیں، جو احتباس کو اور بھی بڑھا کر اُس سے اوپر کے

حصوں کا اِتساع پیدا کر دیتے ہیں، اور ساتھ ہی تمام احشا کا عمومی سقوط بھی ہوتا ہے۔ اس معوی رکود کے نتیجہ کے طور پر جو برازی مادہ اِس طرح محبوس ہو جاتا ہے اُس سے سمّیات پیدا ہو جاتے ہیں جو مقامی اور عمومی دونوں طرح سے مضر اثر رکھتے ہیں۔ مقامی نتائج حسب ذیل کہے جاتے ہیں :- التہاب زائدہ دودیہ (appendicitis)، اثنا عشری قرحہ تشنج بواب (spasm of the pylorus) معدی اتساع (gastric dilatation)، معدی قرحہ، معدے کا سرطانی سلعہ، اور جوفیزی سیلانِ ریم (pyorrhoea alveolaris)۔

مریض کی عام حالت میں اِس معوی رکود سے جو تسمم پیدا ہو جاتا ہے وہ اُسے جسم کی ہر بافت میں محسوس ہوتا ہے :- ہاتھ ٹھنڈے، دورانِ خون ناقص، چہرے کا رنگ کسیا ہی مائل، چہرے اور بدن کی لونیت، صلبیہ کا دُھندلا پن اور ملتحمہ کا تہیج، ذہنی سستی، انخفاض، دردِ سر، بے خوابی، جسمانی یا دماغی محنت کی ناقابلیت، وجع العصب۔ وہ بیان کرتے ہیں کہ اس کے اثرات عورتوں میں بالخصوص مختلف ہوتے ہیں :- چربی کم ہو جاتی ہے، گُردے لٹک پڑتے ہیں، رحم پس خمیدہ ہوتا ہے، پستان کا دُویری مرض (cystic disease) اور سرطان پیدا ہو جاتا ہے، اور تناسلی بولی خطے کی سرایت بآسانی واقع ہو جاتی ہے۔ 361

لیکن یہاں اس کا اعتراف ضروری ہے کہ دوسرے مشاہدین یہ یقین نہیں رکھتے کہ مزمن معوی رکود دراصل اس قدر خراب نتائج پیدا کر دیتا ہے۔ وہ یہ عقیدہ رکھتے ہیں کہ ایسے مریض جن علامات کی شکایت رکھتے ہیں وہ دراصل اُس نہاکت اعصاب کے باعث پیدا ہو جاتے ہیں، جو استبطان کی عادت کے باعث نمایاں ہو جاتی ہے، اور بالخصوص اپنی آنتوں کے حرکات پر ہمیشہ مبالغہ کے ساتھ توجہ دینے سے۔

پروفیسر آرتھر کیتھ (Prof. Arthur Keith) معاءی رکود کے مبدا کے متعلق سر آرتھر ہرسٹ سے مختلف رائے رکھتے ہیں۔ معاء اور معدے کے حرکات پر لاشعاعوں کے ذریعہ مشاہدات، اور آورباک کے ضفیرے (Auerbach's plexus) اور متلازم معوی ساختوں کی خُردبینی تحقیقات کی بنا پر وہ یہ نظریہ پیش کرتے ہیں کہ حرکاتِ دودیہ، معوی قنال میں جُداجُدا نقطوں سے شروع ہوتے ہیں، جو اِن حرکات کے

لحاظ سے مندرجۂ ذیل شعبوں میں تقسیم کئے جاسکتے ہیں :- اثنا عشری، صائمی لفائفی، قربی قولونی اور بعدی قولونی۔ ان میں سے ہر شعبہ میں حرکت دودیہ بالائی سرے پر زیادہ فاعلی، اور جوں جوں وہ نیچے کی طرف بڑھتی ہے نسبتہً کم فاعلی دیکھی گئی ہے، چنانچہ نیچے کے سرے پر ایک ایسی حالت پیدا ہو جاتی ہے جو عضلۂ عاصرہ کے فعل سے مماثل ہوتی ہے۔ کیتھ ان میں سے ہر شعبہ کے بالائی سرے پر قلب کی جوفی اذینی گرہ (sino-auricular node) سے مماثل، ایک عصبی عضلی بافت تسلیم کرتا ہے، جسے وہ اسی واسطے کریبی بافت کے نام سے موسوم کرتا ہے۔ اور ماساریقی (آور بیک کے) ضفیرے کو وہ اذینی بطینی بنڈل (auriculo-ventricular bundle) کا مثیل تصور کرتا ہے۔ وہ خیال کرتا ہے کہ ان میں سے کسی ایک شعبہ کے طول میں اس کی بالائی گرہی بافت سے نیچے کی طرف صدمات کے بانتظام انتقال میں تغیر و تبدل ہونا متعلقہ شعبہ میں معوی رکود کی توجیہ کرسکتا ہے بغیر اس کے کہ کیتھ کے بیان کردہ انضمامات، بندوں اور ثنیات کی ضرورت ہو۔ وہ اس عقیدے کی طرف میلان رکھتا ہے کہ ممکن ہے کہ علی الترتیب مری اور معدے میں بھی اسی سے مشابہ عصبی عضلی بافت اسی طریقہ پر فعل کرتی ہو۔

علاج نہایت کامل طور پر اور طبی اصول کے مطابق غذا، مسہلات، اور دوسری تدبیروں کے ذریعہ سے اسی طرح پر کرنا چاہیئے جیسا کہ "قبض" کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے۔

اسہال

(DIARRHŒA)

اسہال سے یہ مراد ہے کہ اجابتیں معمول کی نسبت زیادہ بار بار اور زیادہ پتلے قوام کی ہوں۔ یہ زائد حرکت دودیہ اور زائد معوی افراز یا قلیل جذب کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اس کے اسباب کی جماعت بندی حسب ذیل ہو سکتی ہے :- (۱) معدہ زاد۔ اکثر کم نمک ترشگی ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ ۲۰ یا ۳۰ قطرے مرقق ترشہ نمک دن میں تین بار دینے سے یہ اسہال رک جائے۔ معدی صائمی تفویہ کے بعد اسہال ہو سکتا ہے۔ (۲) چھوٹی آنت کی

سرایت، جیسی کہ نازلتی التہابِ امعاء، تپ محرقہ اور تدرّن میں ہوتی ہے، اسہال کا سبب ہو سکتی ہے۔ تدرّن میں پاخانوں کی نابستگی اور غیر ہضم شدہ نوعیت کمی جذب کی وجہ سے ہو سکتی ہے۔ مرضِ سلکی (cœliac disease)، مزمن التہاب لبلبہ (chronic pancreatitis)، اسپرو (sprue) اور مرضِ چربشی (lardaceous disease) کا اسہال بھی ہوتا ہے۔ (۳) قولون اور معاء مستقیم میں اسہال کے اسباب کثیر التعداد ہوتے ہیں، جن میں مندرجہ ذیل شامل ہیں:۔ زحیرات (dysenteries)، تقرحی التہاب قولون، حاد التہاب قولون جو اکثر عفونت ہائے دمویہ کے ساتھ مثلاً نبقی ذیوی کے ساتھ متلازم ہوتا ہے، مزمن التہاب گردہ کا قولونی التہاب، خبیث مرض، وہ خراش جو مسہلات اور حقنوں کے بیجا استعمال کے بعد پیدا ہو جاتی ہے۔ (۴) معکوس اسہالات التہابِ مرارہ (cholecystitis) اور التہاب زائدہ دودیہ (appendicitis) سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ (۵) عصبی نظام، جذبات یا ہسٹیریا کے ذریعہ سے اسہال پیدا کر سکتا ہے، اور اسہال کی ایک شاذ قسم ہے جو ہزال نخاعی (tabes) کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے۔ (۶) ایک مخلوط گروہ ہے، جس میں مرضِ گریو (Grave's disease) کا اسہال اور انسولین (insulin) کی زیادتی سے پیدا ہو جانے والا اسہال شامل ہے۔

یہ یاد رکھنا چاہیے کہ تھوڑی تھوڑی مقداروں میں مائعات کا بار بار خارج ہونا بذاتہ یہ ظاہر نہیں کرتا کہ آنت کی قنال کھلی ہے۔ مثلاً نمادِ معوی کے ساتھ جو آنت میں ایک جزئی تسدد پیدا کرتا ہے، مخاط اور خون کا اخراج ہو جاتا ہے۔ مخاط آمیز برازی سیال، مغروز براز کے نہایت بڑے بڑے تودوں میں سے رستا ہوا نیچے جا سکتا ہے۔ اور سب سے آخر میں ممکن ہے کہ ایک واضح طور پر منقبض آنت بھی اس پتلے مائع میں سے جو کہ تسدد کے اوپر جمع ہو جاتا ہے، کسیقدر مقدار تسدد کے وارپار گذرنے دے، اور اسطرح اسہال کا اشتباہ پیدا ہو جائے۔ اِن کو اسہالات کاذب کہتے ہیں۔

362

اقسام۔ اُن مادوں کی نوعیت کے لحاظ سے جو خارج ہوتے ہیں، اسہال کے مختلف نام رکھے گئے ہیں۔ مثلاً ایک اسہال ہیضوی (choleraic diarrhœa) ہوتا ہے، جس میں دست بڑے بڑے اور پانی جیسے، یا چانول کی پیچ جیسے ہیضہ کے دستوں

کی طرح ہوتے ہیں۔ یا زحیری اسہال (dysenteric stools) جس میں مخاط بڑی مقدار میں اور شاید خون بھی موجود ہوتا ہے۔ اسہال خلفی (lienteric diarrhœa) جس میں معدے میں غذا پہنچتے ہی پاخانہ ہوجاتا ہے۔ یہ غالباً طبعی معدی قولونی معکوسہ کی زیادتی کی وجہ سے ہوتا ہے (50)۔ اور اسہال صفراوی (bilious diarrhœa) جب کہ خارج شدہ مادے ایک بھورے یا سبزی مائل بھورے رنگ سے گہرے ملون ہوں جو صفراء کی مقدار میں کوئی زیادتی ہونے کے باعث اتنا نہیں ہوتا جتنا کہ اس سبب سے کہ اثنا عشری اور صائم کے مافیہ، جو صفراء سے ملون ہوتے ہیں، غذائی قنال میں سے سرعت کے ساتھ گذر گئے ہیں اور صفراء کے متغیر شدہ لون (یعنے یوروبائے لین = urobilin) کے قدرتی بازانجذاب کیلئے وقت نہیں ملا ہے۔ اسہال ذوبانی (colliquative diarrhœa) کی اصطلاح اُن کثیر المقدار، خستگی پیدا کرنے والے اور دشوار علاج دستوں کے لئے استعمال کی جاتی ہے، جو سل ریوی کے آخری درجوں میں ہوا کرتے ہیں۔ اسہال بحرانی (critical diarrhœa) کی قدیم اصطلاح اُس اسہال کے لئے ہے جو ذات الریہ کے ایسے اختتام کے ساتھ ہوا کرتا ہے جو بحران کے ذریعہ سے ہو۔ یہ اسہال غالباً ایک متلازم معوی قولونی التہاب کے سبب سے ہوتا ہے۔

علاج۔ اس کا انحصار سبب پر، یا متلازم حالت پر ہونا چاہیے۔ بیشتر اصابتوں میں، جو نوعی نہوں، وہی علاج اختیار کیا جا سکتا ہے جو التہاب امعاء کے تحت بیان کیا گیا ہے۔ اسہال خلفی کا علاج پوٹاسیئم برومائڈ (potassium bromide) کی پوری معتادوں سے کیا جائے، کیونکہ اُس کا انحصار ایک مبالغہ آمیز معوی معکوسہ پر ہوتا ہے۔

نزفِ معوی

(HÆMORRHAGE FROM THE BOWEL)

پہلے تذکرہ کیا گیا ہے کہ معاء مستقیم کی راہ سے خون کا نکلنا تپ معویہ میں، اور

معدی اور اثنا عشری قرحہ میں دیکھا جاتا ہے۔ یہ دوسرے تقرحات (مثلاً زحیر اور تقرحی التہاب قولون)، انغماد الامعاء، سگمائڈ اور معاء مستقیم کے سرطان، شدید امتلائی اصابتِ ماساریقی عروق کی سداد یت یا علقیت، پرپیورا اور دموی مرض کی دوسری اصابتوں کا بھی نتیجہ ہو سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ اس امر سے کہ خون کس طور سے آتا ہے اس کا کچھ پتہ لگ جائے کہ وہ کہاں سے آ رہا ہے۔ معدی اور اثنا عشری قروح کے ادماء میں خون افرازات سے بہت کچھ متغیر ہو جاتا ہے، اور ایک سیاہ، کولتار کا سا نیم مائع یا راب جیسا تودہ بنا دیتا ہے (براز دم الاسود)۔ ٹائیفائڈی قروح سے جو نزف ہوتا ہے سابق الذکر حالت کی طرح اُس میں بھی خون براز کے ساتھ غیر مخلوط ہوتا ہے، مگر وہ نسبتہً زیادہ شوخ سرخ رنگ کا، اور قلوی مافیہ کے فعل کی وجہ سے زیادہ سیال ہوتا ہے۔ زحیر میں خون دھاریوں یا چھوٹے تھکوں کی صورت میں مخاط یا ریم کیساتھ یا رقیق برازی مادے کے ساتھ مخلوط ہوتا ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ وقتاً فوقتاً خالص خون کی تھوڑی مقداریں بھی خارج ہوں۔ خون کی بڑی مقداریں بواسیر سے یا معاء مستقیم کے قرحہ سے ضائع ہوتی ہیں۔ یہاں ادماء عموماً تبرز کے فعل سے واقع ہو جاتا ہے۔ اور یہ خون یا تو ٹھوس برازی تودہ کی ایک جانب پر دھاریاں بنا دیتا ہے یا پاخانہ خارج ہو جانے کے بعد کم و بیش خالص قطروں یا دھار کی صورت میں نکلتا ہے۔ داء الحفری (scorbutic) پرپیوری، اور نزفی حالتوں (اسکروی، نزفی پرپیورا، جگر کے حاد زرد ذبول: acute yellow atrophy، خبیث چیچک: malignant variola) میں خون معاء مستقیم سے اس طرح آتا ہے کہ وہ (معاء کے اُس حصے کے لحاظ سے جہاں سے کہ وہ نکلے یا اُس آزادی کے لحاظ سے جس سے کہ وہ خارج ہو) کم و بیش براز کے ساتھ مخلوط یا خالص حالت میں ہوتا ہے۔ خون کی قلیل مقداروں کی تشخیص کے متعلق پہلے غور کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 330) نزف کا علاج اُن مختلف امراض کے ساتھ دیا گیا ہے جو اُسے پیدا کر سکتے ہیں۔

قولنج

(COLIC)

اگرچہ قولنج کی اصطلاح لفظِ قولون سے ماخوذ ہے، اس سے مراد وہ تشنجی دردِ شکم ہے جو حشائی مبدا رکھتا ہے۔ وہ اس زبردست دودی الحرکت انقباض سے پیدا ہوتا ہے، جس کو اس وقت جب کہ وہ غذا پر سے گذر رہا ہو کوئی مزاحمت روک دے۔ قولنج حالب میں ہوسکتا ہے (قولنج کلوی = renal colic) یا صفراوی قناتوں میں (صفراوی یا کبدی قولنج = biliary or hepatic colic)، یا امعاء میں (معوی قولنج = intestinal colic)۔

بحثِ اسباب۔ معوی قولنج کا ایک عام سبب خراش آور اور نامناسب اغذیہ ہیں، جیسے کہ لحمِ خنزیر، پنیر، ہرن نیل گائے وغیرہ جیسے شکاری جانوروں کا ثقیل گوشت، سیپ دار مچھلی، بریٹیلے مشروبات وغیرہ۔ بچوں میں قولنج غیر ہضم پذیر غذا کا بلکہ سادہ بسیارخوری کا عام نتیجہ ہوتا ہے۔ اسی زمرہ میں زیادہ فاعلی مسہلات شمار کیے جاسکتے ہیں۔ اس کے برعکس، قولنج کے ساتھ اکثر قبض متلازم ہوتا ہے، اور تسمم رصاصی میں ایسا نمایاں طور پر ہوتا ہے، خواہ یہ تسمم حاد ہو یا مزمن (ملاحظہ ہو تسمم رصاصی)۔ شاید بعض اصابتیں ایک خالصاً عصبی ماخذ کی طرف منسوب کی جاسکتی ہیں، مثلاً ہزال نخاعی میں معدی بحران کا شدید درد۔ سب سے آخر میں، آنت کے میکانی اور حاد التہابی ضررات، جیسے کہ تخنیق اور انغماد الامعاء شدید درد پیدا کردیتے ہیں جو جزءً یا بکلیہ عضلی انقباض کے باعث ہوتے ہیں۔ تاہم قولنج کی اصطلاح عموماً اُن حالتوں کے لئے محفوظ رکھی جاتی ہے جن میں کوئی تغیرِ ساخت یا التہابی تغیر نہ ہو۔

علامات۔ اہم علامت درد ہے، جو ناف کے قرب وجوار میں ہوتا ہے لیکن شکم کے دوسرے حصوں میں اِدھر اُدھر پھر سکتا ہے۔ دبانے سے اِس درد میں اکثر افاقہ ہوجاتا ہے، لیکن بعض اوقات الیمیت محسوس ہوتی ہے۔ شکم یا تو اندر بھنچا ہوا ہوتا ہے اور عضلاتِ شکم منقبض ہوتے ہیں، یا ریح کی موجودگی کی وجہ سے پیٹ متمدد ہوتا ہے۔

363

جب ریح موجود ہوتی ہے تو اُس وقت جب کہ اختلاف پذیر معوی تشنج اُسے آگے دھکیلتا ہے' اُس کی حرکت سے قراقر پیدا ہو جاتے ہیں۔

ممکن ہے کہ یہ درد اس قدر شدید ہو کہ بہت ہبوط پیدا کر دے' جس کے ساتھ چپچپا پسینہ بکثرت آئے اور نبض صغیر وضعیف ہو۔ بعض اوقات قے موجود ہوتی ہے۔ اکثر قبض ہوا کرتا ہے۔ اس کے برعکس بعض اغذیہ' جو قولنج پیدا کر دیتی ہیں' ابتداءً فاعلی اسہال پیدا کر دیتی ہیں' جس میں دست بھورے اور پانی جیسے پتلے ہوتے ہیں اور کچھ عرصہ کے بعد مخاط آ تی ہے۔ یہاں قولنج ایک متعین کو خفیف التہاب امعاء کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ زیادہ تیز مسہلات بھی مروڑ اور "قولنج نما" درد پیدا کر دیتے ہیں' جو عموماً ہر تفریغ کے بعد کم ہو جاتے ہیں۔

تشخیص۔ قولنج کی کوئی ایک قسم شکم کے کسی حاد التہاب یا حاد معوی تسدد کے دردوں کے ساتھ خلط ملط ہو سکتی ہے۔ ممیز خصوصیات یہ ہیں:۔ مریض کی بے چینی' جس کی وجہ سے ممکن ہے کہ وہ اپنے ہاتھ اِدھر اُدھر پھینک رہا ہو۔ اس کی خمیدہ وضع' کیونکہ شکم پر دباؤ پڑنے سے درد میں عموماً تخفیف ہو جاتی ہے۔ درآنحالیکہ دورانِ درد میں اُستواری کا ہونا عام ہے' درمیانی وقفوں میں ڈھیلا پن ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ درد ایک مخصوص سمت میں جائے' بالخصوص کلوی اور صفراوی قولنج کی صورت میں۔

علاج۔ ظاہر ہے کہ شدید درد شکم کی اصابتوں کا علاج نہایت احتیاط کے ساتھ کرنا چاہیئے۔ اگر درد یقینی طور پر غراکس آور اغذیہ کی وجہ سے ہو تو عموماً ایسے مسہلات کے استعمال سے افاقہ ہو جاتا ہے' جیسے کہ ایک اونس ارنڈی کا تیل (castor oil) ' ۱۵ بوند صبغیہ افیون (tinct. opii) کے ساتھ یا نصف اونس میگنیشیم سلفیٹ (magnesium sulphate) ' ½ ڈرام صبغیہ بکرا ئن (tr. hyoscyani) کے ساتھ۔ یا ہ گرین کیلومیل (calomel) اور قولنج رصاصی (lead colic) کا بھی اسی اصول پر علاج کیا جاتا ہے (ملاحظہ ہو تسمم رصاصی)۔ گرم پانی یا کیسٹر آئیل کا حقنہ بھی مفید ہو سکتا ہے اور گرم تکمیدات یا گرم پانی کی شیشی شکم پر لگانی چاہیئے۔ نیز ½ تا ⅓ گرین پیپاویرین ہائڈروکلورائڈ (papaverine hydrochloride) ایک دافع تشنج (antispasmodic) کے طور پر براہِ دہان آزمائی جا سکتی ہے۔ اگر ایسا کوئی شبہ ہو کہ

التہابِ زائدہ، التہابِ باریطون یا تسدد موجود ہے تو مسہلات سے احتراز کرنا چاہیے۔ اور علاج بالعملیہ کے مسئلہ کے متعلق غور کرنا چاہیے۔

معوی التہاب

(ENTERITIS)

قنال غذائی کے مختلف حصوں کو ماؤف کرنے والی ایسی کئی حالتیں ہیں جن کو فی الحقیقت معوی التہاب یا آنتوں کا التہاب کہا جا سکتا ہے۔ مثلاً وہ نازلتی عمل جس سے اسہال کے بعض اقسام پیدا ہوتے ہیں۔ لفائفی کے تدرنی اور ٹائفائڈی تقرحات۔ قولون کا وہ تقرحی التہاب جسے زحیر کہتے ہیں۔ اور وہ حاد تغیرات جو انسداد الامعاء اور تخنیقات کی وجہ سے شروع ہو جاتے ہیں، فی الحقیقت سب کے سب معوی التہاب ہیں۔ لیکن ان میں سے بہتوں کو پہلے ہی ممیز نام مل چکے ہیں۔ دوسری حالتیں وہ ہیں جو محض ثانوی ہیں، اور چند ہی علامات ایسی پیدا کرتی ہیں جو اولی عارضہ کی علامات سے ماورا ہوں۔ علاوہ ازیں، دوسری حالتیں ایسی بھی ہیں جن میں آنت کے طبقات کے التہاب کے ساتھ ہی التہاب باریطون پیدا ہو جاتا ہے، جو مخاطی طبقہ کے التہاب کے علامات کو بالکل پوشیدہ کر دیتا ہے۔ لہٰذا اُن حالتوں کی تعداد، جنھیں معوی التہاب کی حیثیت سے جداگانہ بیان کرنے کی ضرورت ہے، صرف تھوڑی ہی ہے۔ اگرچہ یہ ممکن ہے کہ اگر ہماری بہت سی معوی حالتوں (مثلاً اسہال) کے امراضیاتی پہلو پر صحیح طور پر غور کیا جائے تو ظاہر ہوگا کہ معوی التہاب کا نام بجا طور پر زیادہ کثرت سے استعمال کیا جا سکتا ہے۔

یہاں معوی التہاب کی مندرجۂ ذیل قسمیں بیان کی جائینگی:۔ نازلتی معوی التہاب (catarrhal enteritis)، صبیانی معوی التہاب (infantile enteritis)، تسمم غذا (food poisoning)، سپرو (sprue)، ڈفتھیریائی معوی التہاب (diphtheritic enteritis)، فلغمونی معوی التہاب (phlegmonous enteritis)۔

364

نازلتی معوی التہاب

(catarrhal enteritis)

(intestinal catarrh = معوی نازلت)

ہر وہ چیز جو آنت کی غشائے مخاطی میں خراش پیدا کرے، نازلت پیدا کر سکتی ہے، مثلاً نامناسب غذا، بعض زہر، اور مسہل ادویہ۔ نازلت بعض اوقات سردی لگ جانے کی طرف بھی منسوب کی جاتی ہے۔ لیکن اس کی پیدائش میں نسبتۂ بہت زیادہ کارگر عامل شدید حرارت ہے، چنانچہ نازلت گرما اور خزاں کے گرم موسم میں اس سے زیادہ پھیلتی ہے کہ جتنی سال کے بقیہ حصے میں۔ گرما میں اس کی کثرت وقوع سے ہر عمر کے اشخاص متاثر ہوتے ہیں، لیکن شیر خواروں پر بالخصوص حملہ ہوتا ہے جیسا کہ آگے چل کر بیان کیا جائے گا۔ ممکن ہے کہ قلب اور جگر کے مرض میں انفعالی امتلاء امعاء کی نازلت پیدا کر دے۔

تشریح۔ معاء کی غشائے مخاطی میں تغیرات ویسے ہی ہوتے ہیں جیسے کہ جسم کی دوسری مخاطی سطحوں میں۔ بافتیں زیادہ عرقی اور متورم ہو جاتی ہیں۔ سرحلمی خلیئے، معہ لیبرکوُن کے غدد کے سرحلمی خلیوں کے، متورم، ابر آلود ہو جاتے ہیں، اور علیحدہ ہو کر وہ مخاط بنا دیتے ہیں، جو بڑی مقدار میں موجود ہوتا ہے، اور بین انتیبیی بافت میں خلوی در ریزش واقع ہوتی ہے۔ زیادہ ترقی یافتہ اصابتوں میں جرابات منفردہ بڑے ہو جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ ان میں تاکل واقع ہو کر چھوٹے چھوٹے قروح پیدا ہو جائیں (جرابی معوی التہاب = follicular enteritis)۔ بعض اصابتوں میں غشائے مخاطی کے دوسرے حصوں میں بھی تقرح واقع ہو جاتا ہے، اور ان کے افرازات میں مخاطی ریم بلکہ ریم موجود ہو سکتا ہے۔ بالعموم یہ التہاب رفع ہو جاتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ وہ بگڑ کر بتدریج ایک مزمن حالت بن جائے، جس میں غشائے مخاطی کے اندر زیادہ نمایاں تغیرات واقع ہوتے ہیں۔ بعض اوقات اس میں بہت کچھ دبازت پیدا ہو کر سطح کا رنگ سلیٹ (slate) جیسا ہو جاتا ہے۔ اکثر، بالخصوص شیر خواروں کی مزمن نازلت میں، غشائے مخاطی کا ذبول ہوتا ہے، جو غدی

نہ کو توماؤف کر دیتا ہے مگر غشائے مخاطی کی عضلی تہ کو، اور تحت المخاطی بافت کو صحیح و سالم چھوڑ دیتا ہے۔

علامات ۔ معوی التہاب کی خاص علامت اسہال ہے، یعنے پاخانوں کا بار بار آنا، جن کا قوام تپلا یا مائع ہو۔ اِس علامت کا سبب نہ صرف اُن افرازات کا تغیر و تبدل ہے جو معوی قنال میں داخل ہوتے ہیں، بلکہ بڑی حد تک اُن حرکات دودیہ کی زیادتی بھی ہے جو غشائے مخاطی کی خراش سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ براز کی حالت بہت مختلف ہوتی ہے: وہ عموماً ابتداءً کثیر المقدار، مائع، اور بھورے سے رنگ کا ہوتا ہے اور ساتھ ہی اس میں نسبتہً زیادہ ٹھوس مادے کے گالے یا ڈلے ہوتے ہیں۔ لیکن جلد ہی وہ نسبتہً پھیکے رنگ کا ہو جاتا ہے، یا ممکن ہے کہ زردی مائل، یا بعض اوقات سبز ہو۔ اس کا قوام اکثر بالکل پانی جیسا، یا شاید چکنا ہوتا ہے، یا اس میں ملوّن مخاط کے ڈلے موجود ہوتے ہیں۔ خرد بین کے نیچے غیر ہضم شدہ غذا کے ریزے، گوشت کا ریشہ، نشاستہ کے ذرات، اور چربی، معہ امونیم میگنیشیم فاسفیٹ کی قلموں، سرخلمی اور ریمی خلیوں، اور جراثیم کے نظر آتے ہیں۔ اجابتوں کی تعداد روزانہ دو یا تین سے لے کر دس بارہ یا زیادہ ہو سکتی ہے۔

قولنجی درد اکثر موجود ہوتا ہے، جو اجابت ہونے سے پہلے ہوا کرتا ہے۔ حقیقی الیمیت بعض اوقات موجود ہوتی ہے۔ زیادہ فاعلی معوی حرکات کے ساتھ ساتھ وقتاً فوقتاً قراقر سنائی دیتے ہیں۔ تپش مختلف ہوتی ہے۔ بھوک اکثر اوقات جاتی رہتی ہے، مریض کو پیاس کی شکایت ہوتی ہے، اُس کا منہ خشک ہوتا ہے، زبان کسیقدر فروار ہوتی ہے، اور جب اسہال بہت زیادہ ہو تو حد درجہ کی جسمانی کمزوری ہو جاتی ہے۔ ایک نہایت ناگہانی اور حاد حملہ قئے کے ساتھ شروع ہو سکتا ہے۔

بیشتر اصابتوں میں علامات چند ہی روز کے عرصہ میں رفع ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ اسہال دفعتہً موقوف ہو جائے اور پھر ایک طویل وقفہ کے بعد اجابت ہو، یا اجابتیں بتدریج کم ہوتی جائیں اور اُن کا قوام بتدریج سخت تر ہوتا جائے۔ جب یہ شکایت مزمن ہو جاتی ہے، تو مریض کو روزانہ تین یا چار اجابتیں پانی جیسے مخاط کی آتی ہیں اور ساتھ ہی کبھی کبھی مروڑ کے درد ہوتے رہیں۔ غذا کے نامکمل ہضم و جذب سے

ممکن ہے تغذیہ میں بہت کمی واقع ہو جائے۔

365 معوی التہاب کے اختلالات اکثر اوقات بڑی آنت تک پھیل جاتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ حقیقتہً ایک معوی قولونی التہاب پیدا ہو جاتا ہے۔ جب ان دونوں میں امتیاز ممکن ہو تو چھوٹی آنت کی نازلت کا شبہ اس وقت زیادہ ہوتا ہے جب کہ معدہ بھی ساتھ ساتھ ماؤف ہو۔ اس کے ساتھ اسہال کی موجودگی کا امکان کمتر ہوتا ہے، کیونکہ اسہال کا انحصار بالآخر بڑی آنت کے فعل پر ہونا چاہیئے۔ تفریغات میں اکثر صفرا اور غیر ہضم شدہ غذا موجود ہوتی ہے۔ اور اگر مخاط موجود ہوتا ہے تو وہ براز کے ساتھ نسبتہً زیادہ مخلوط ہوتا ہے۔ بڑی آنت کی نازلت میں مخاط جُدا جُدا لوندوں کی صورت میں ہوتا ہے۔ مخاطی ریم یا خود ریم بھی پہچانا جا سکتا ہے۔ جوں جوں نازلت معاء مستقیم سے قریب تر ہوتی ہے تاثیر کی علامت موجود ہونے کا امکان زیادہ ہوتا جاتا ہے۔

علاج ۔ مریض کو بستر میں لٹائے رکھنا اور گرم رکھنا چاہیئے۔ شدید اصابتوں میں قرین مصلحت یہ ہوگا کہ مریض کو ابتدائی چوبیس گھنٹے تک کوئی غذا نہ دی جائے۔ لیکن پانی مریض جتنا پینا چاہے اُسے دینا چاہیئے۔ از اں بعد معمولی کھانے کے بجائے آش، اراروٹ، گائے کے گوشت کا عرق، یا بکری کے گوشت کی یخنی، جس کے ساتھ سینکی ہوئی ڈبل روٹی، دودھ اور سوڈا واٹر، یا دودھ اور چونے کا پانی تھوڑی مقداروں میں ہو دینا چاہیئے۔ انھیں بہت زیادہ گرم نہیں دینا چاہیئے۔ علاج کا آغاز ایک مسہل کے ذریعہ کرنا عمدہ تجویز ہے۔ اس مقصد کے لئے ارنڈی کے تیل کی ایک ہی خوراک کافی ہوسکتی ہے، یا ریوند چینی کے مرکب سفوف (compound rhubarb powder) کی یا کیلومل (calomel) کی ایک خوراک۔ لیکن عام طور پر مریض کے زیر علاج آنے تک اُسے آزادانہ تفریغ خوب ہو چکی ہوتی ہے، اور اب اس امر کی ضرورت ہوتی ہے کہ حرکت دودیہ کی زیادتی اور وافر اخراج کو روکا جائے اور درد میں بھی تخفیف پیدا کی جائے۔ لہذا ٹنچر آف اوپیئم (tincture of opium) ۵ قطروں کی مقداروں میں ہر چوتھے گھنٹے دے سکتے ہیں، اور اُسے ایسے حابسات کے ساتھ شریک کر سکتے ہیں، جیسے کہ ہیماٹوکسیلم (hæmatoxylum)،

کتھا، ٹیانی جَن (tannigen) (۵ گرین بر شامہ کے اندر)، ایرومیٹک چاک پاؤڈر (aromatic chalk powder) یا مرقق سلفیورک ایسڈ (dilute sulphuric acid) ۔ بِسمتھ کاربونیٹ (bismuth carbonate) اور بِسمتھ سیلی سلیٹ (bismuth salicylate) بھی مفید ہیں، اور افیون کے ساتھ دئے جا سکتے ہیں۔ اگر مروڑ نہایت شدید ہو تو مارفیا کا تحت الجلدی اشراب کیا جا سکتا ہے۔ اگر اسہال مواظب اور خستگی پیدا کرنے والا ہے تو ۲ اونس نشاستہ کا حقنہ جس میں لاڈینم (laudanum) کے ۱۵ قطرے موجود ہوں، اکثر کامیابی کے ساتھ استعمال کیا جا سکتا ہے۔

صبیانی معوی التہاب

شیر خوار بچے کئی اسباب سے اسہال میں مبتلا ہوتے ہیں (۱) وارالعصبی بچہ میں، جو کہ تمام ہیجات کے لئے غیر طبعی طور پر خراش پذیر ہوتا ہے، بڑھی ہوئی حرکت دودی بآسانی پیدا ہو جاتی ہے، اور اس سے اسہال واقع ہوتے ہیں، جو اکثر اوقات ... واقر غذا سے، جو کہ بچہ کا رونا بند کرنے کی کوشش میں دی جاتی ہے، اور زیادہ شدید ہو جاتے ہیں۔ (۲) ایسے بچوں سے قطع نظر، بیش خوارانی سوء الہضم پیدا کرتی ہے جو کہ ریحیت اور قولنج کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ حاد اسہال کے حملہ سے پہلے عدم اشتہا اور بےچینی پائی جاتی ہے۔ یہ بیش خوارانی موسم گرما میں جب کہ بچہ کی پیاس بجھانے کے لئے دودھ دیا جاتا ہے خصوصیت کے ساتھ واقع ہو سکتی ہے۔ (۳) مصنوعی غذا لینے والے بچوں میں، غذا میں شکر یا شحم کی کثرت آنت میں تخمیر اور ایک مفرقع اسہال پیدا کرتی ہے۔ حملہ سے پہلے اکثر اوقات وزن میں غیر طبعی طور پر سریع اضافہ پایا جاتا ہے۔ پستان پروردہ بچوں میں غذا کے اجزائے ترکیبی اتنی اہمیت نہیں رکھ سکتے۔ گو کہ ولادت کے فوراً بعد، ایسا اسہال جس میں ترشئی سبز پاخانہ ہو، عام طور پر ملتا ہے اور اس میں زائد پروٹین دینے سے شفا ہو جاتی ہے۔ (۴) اکثر اوقات اسہال کسی عمومی سرایت کی علامت ہوتا ہے۔ (۵) باسی اور ملوث دودھ امعاء میں تخمیر پیدا کرتا ہے، جس سے اسہال ہو سکتا ہے۔ نوعی عضویات سے غذائی خطہ کا سرایت زدہ

ہونا، غالباً ایک شاذ سبب ہے، گوکہ چھوٹی چھوٹی وبائیں بلاشبہ وقتاً فوقتاً ہوتی رہتی ہیں۔

(۶) نام نہاد صیفی اسہال (وبائی صبیانی اسہال) کا حدوث کرۂ ہوائی کی تپش کے ساتھ قریبی تعلق رکھتا ہے۔ طویل ارتفاع تپش کے حالات کے تحت اکثر بچوں میں غذا کا تحمل کم ہوجاتا ہے، اور غذائی قنالی معکوسات مبالغہ آمیز ہوجاتے ہیں۔ پیاس کی طلب کو پورا کرنے کے لئے دودھ کی درآمد غلطی سے بڑھادی جاتی ہے، بجائے اس کے کہ اس کو ایسے وقت میں جب کہ جسم کم غذا چاہتا ہے کم کیا جائے۔ غذا ایسے عضویات سے ملوث ہوجانے کا جو کہ بلند تر تپش پر نشوونما حاصل کرتے ہیں اور مکھیوں کے ذریعہ اس تک بآسانی پہنچ جاتے ہیں زیادہ رجحان رکھتی ہے۔ تخمیر، جو کہ غذا لینے سے پہلے شروع ہوچکی ہوتی ہے، تاوقتیکہ غذا کی محتاط تعقیم کے ذریعہ عضویات کو ہلاک نہ کیا جائے، آنت میں بھی جاری رہتی ہے۔ بے چینی اور اچاٹ نیند شیرخوار بچہ کی قوت مدافعت کو گھٹا دیتے ہیں۔ بالعموم کئی ایک پستان پرورده بچے متاثر ہوتے ہیں، لیکن مصنوعی غذا لینے والے بچوں میں اس کا حدوث اور بھی زیادہ ہے، اور مرض بہت زیادہ شدید ہونے کا رجحان رکھتا ہے۔ یہ اس سے آسانی میں سمجھ میں آسکتا ہے جو کہ اوپر بیان کیا جاچکا ہے۔ مصنوعی غذا لینے والے اکثر بچے پہلے ہی سے سوء ہضم میں مبتلا ہوتے ہیں، ان بچوں میں تحمل پہلے ہی کم ہوتا ہے، اور ابتدائی یا متزاد سرایتوں سے ان کی قوت مدافعت اور بھی گھٹ جاتی ہے۔

366

علامات خفیف سوء ہضم کے علامات سے لے کر تسمم کی علامات تک اختلاف پذیر ہوتے ہیں۔ آخرالذکر حالت، تدرنی التہاب سحایا (tuberculous meningitis) کے آخری درجوں کی حالت سے ملتی جلتی ہے، الا یہ کہ جب بچہ کو چھیڑا جاتا ہے تو کچھ وقت تک اس کے تعاملات (reactions) تقریباً طبعی معلوم ہوتے ہیں۔ آغاز پر بلند درجہ تپش ہونا عام ہے۔ بعدازاں یہ اکثر گرجاتا ہے۔ کیتونیت کے ساتھ بسا اوقات گرسنگی ہوا (air-hunger) متلازم ہوتی ہے۔ سیال کے نقصان سے پست یافوخ اور خشک، بے لچک، جھری دار جلد پائی جاتی ہے، خاص کر شکم پر۔

شعبی ذات الریہ عام ہے۔

تجویز۔ بیش خورانی سے اور بار بار غذا دینے سے اجتناب کرنا بہت اہمیت رکھتا ہے مصنوعی غذا لینے والے بچوں میں وزن کا بہت سرعت کے ساتھ بڑھ جانا، کاربوہائیڈریٹ اور شحم کی وافر درآمد کے ساتھ متلازم ہوتا ہے، لہذا ان سے اجتناب کرنا چاہیئے۔ موسم گرما میں غذا کی کلی درآمد گھٹا دینی چاہیئے، اور پیاس بجھانے کے لئے جوشش دیا ہوا پانی استعمال کرنا چاہیئے۔ دودھ حتی الامکان زیادہ سے زیادہ تازہ ہونا چاہیئے اور استعمال سے قبل اس کو عقیم کر لینا چاہیئے یا بطریق پاسچر گرم کر لینا چاہیئے۔ اگر میٔردہ میسر ہو تو روز کی رسد شیر اس میں رکھ دینی چاہیئے، اور اسے صرف استعمال سے ذرا پہلے گرم کر لینا چاہیئے۔ اگر دودھ کی صفت کے متعلق شبہ کرنے کی وجہ موجود ہو، تو خشک کردہ دودھ کی تجہیزات میں سے کوئی ایک استعمال کرنی چاہیئے۔ تمام بوتلیں، ظروف اور چوسنیاں کامل طور پر صاف ہونی چاہئیں، اور ان کو مکھیوں کی رسائی سے بچانے کے لئے ڈھانک کر رکھنا چاہیئے، اور استعمال سے پہلے جھلسا لینا چاہیئے۔ ترویح، کمرہ کی تپش، اور بچہ کے لئے مناسب کپڑوں کی بہم رسانی پر ہر وقت نگرانی کی ضرورت ہے (نیز ملاحظہ ہو طفل کو غذا دینا)۔

علاج۔ اگر اسہال شدید نہ ہو، تو ارنڈی کے تیل کی ایک خوراک دینا فائدہ مند ہے کیونکہ اس سے آنت کے تخمیر پذیر مافیہا خارج ہو جاتے ہیں۔ غذا ۱۲ سے لے کر ۲۴ گھنٹہ تک روک رکھنی چاہیئے، لیکن جوشش دیا ہوا پانی آزادانہ دیا جا سکتا ہے۔ اس مدت کے بعد، اگر متلازم قے موقوف ہو گئی ہو، تو غذا کو بتدریج بڑھایا جا سکتا ہے، لیکن صرف اس وقت جب کہ کئی دن گزر جائیں پوری غذا کی اجازت دینی چاہیئے، اور غذا میں گذشتہ غلطیاں درست کر دینی چاہئیں۔ جب اسہال غیر معائی سرائت کی علامت ہو تو غذا کی مقدار گھٹا دینی چاہیئے، دودھ کو پیپتونیدہ کر لینا چاہیئے اور پانی آزادانہ دینا چاہیئے۔ اسہال میں افاقہ کی توقع صرف اس وقت کرنی چاہیئے جب کہ ساری عمل میں افاقہ ہو۔ دار العصبی بچوں میں کلورل کی چھوٹی چھوٹی خوراکیں جو صبغیہ لفاح (tincture of belladonna) کے ایک دو قطرات کے ساتھ ممزوج ہوں، بہت فائدہ مند ثابت ہو سکتی ہیں۔ بچہ کے

ماحول کی تپش حتیٰ الامکان مستمر رکھنی چاہیئے۔ والدین اور ممرضات اور دوسرے بیمار بچوں سے تقاطعی سرایت (cross-infection) کے خطرہ کو اقل کر دینے میں کوئی کسر نہ اٹھا رکھنی چاہیئے۔ خفیف اصابتوں میں، ممکن ہے اس کے علاوہ کسی دوسرے علاج کی ضرورت نہ پڑے، لیکن اگر اسہال جاری رہے تو ممکن ہے رنجر (Ringer) کے نیم گرم محلول کے ذریعہ معدہ اور آنت کو ہلکے سے دھونا بہت مفید ہو۔ اگر معدہ کو ہلکے سے دھو یا جائے اور ایک فٹ (foot) سے زیادہ کے دباؤ سے اجتناب کیا جائے تو یہ عمل زیادہ تکلیف دہ نہیں ہوتا، اور کچھ مدت کے بعد یہ دیکھا جائے گا کہ سیال بواب کی راہ سے آزادانہ گزر جاتا ہے۔ اس طرز پر نصف پائنٹ گزرنے دیا جا سکتا ہے۔ اس کے بعد بچہ کو کلورل کی ایک خوراک دینی چاہیئے اور اسے سونے دینا چاہیئے۔ اس کے بعد ممکن ہے کہ مرقق کردہ غذا پچ جائے۔ زیادہ شدید اصابتوں میں اور تسمم میں، اگر مذکورہ بالا تدابیر ناکام ثابت ہوں تو غالباً بہترین یہ ہے کہ سوڈیم کلورائیڈ کے ۰۴۸ ر فی صدی محلول میں ۵ فی صدی گلوکوس کے مسلسل دروں وریدی تقاطر کے ذریعہ غذا دینے کا اہتمام کیا جائے۔ بالعموم اس علاج کا آغاز نقل الدم کے ساتھ کرنا اچھا ہے جو کہ اسی قنولیہ کی راہ سے کیا جا سکتا ہے۔ بہاؤ کی شرح ہر چوبیس گھنٹہ میں فی کلو میٹر وزن جسم علی الاوسط تقریباً ۱۳۰ سی سی ہونی چاہیئے تہیج کا نمودار ہونا بالعموم دلیل ہے اس امر کی کہ بہاؤ بہت سرعت سے ہوا ہے۔ ماہرانہ نگرانی قطعاً ضروری ہے، اور جب تک ایسے حالات میسر نہ ہوں ہرگز اس علاج کا اقدام نہ کرنا چاہیئے۔ اگر گھر پر علاج کرنے کی ضرورت ہو تو سیال کا نقصان، زیر جلدی یا دروں باریطونی اشرابات کے ذریعہ پورا کرنا چاہیئے۔ ہبوط کی علامات کی چارہ جوئی برانڈی (۱۰ اقطرات) سے، جو کہ ترقیق کر کے براہِ دہن دی جاتی ہے، یا سٹرکینین (strychnine) ($\frac{1}{200}$ گرین) کے اشرابات سے کی جاتی ہے۔

غذائی تسمم

(food poisoning)

367

انگلستان میں حاد غذائی تسمم کا عام ترین سبب عصیات کے گروہ سالمونیلا

(salmonella) کی سرایت ہے، اور اِن میں سے عصیلہ بوٹرائکی (B. ærtryche) (چار قسم کا) تین چوتھائی اصابتوں کا باعث ہوتا ہے۔ یہ عصیتہ ایک پست شرح موت، یعنے تقریباً ایک فی صدی، غالباً اس وجہ سے پیدا کرتا ہے کہ اُس کی حملہ آور قوتیں پست ہوتی ہیں۔ تواترِ وقوع کے لحاظ سے دوسرے درجے پر گیسرٹنر کا عصیلۂ التہاب الامعاء (B. enteritidis of Gaertner) ہے جو نسبتہً زیادہ تشویشناک تسمم کا باعث ہوتا ہے۔ عصیہ طاعون خنزیری (B suipestifer) انسان کے لئے پست قشبیت رکھتا ہے اور تسمم کا ایک شاذ سبب ہوتا ہے، اگرچہ وہ سُوروں میں عام طور پر پایا جاتا ہے۔ یہ زندہ عصیّے گرم موسم میں ایسی غذاؤں جیسے کہ "بنائے ہوئے" گوشت ("made up" meat)، پنیر، مچھلی، کیکڑوں، ام الخلول اور دودھ سے بنائی ہوئی غذاؤں، بلکہ آلو اور بطخ کے انڈوں (54) تک میں داخل ہوجاتے ہیں۔ لیکن سالمونیلا کے سموم بھی زہری ہوتے ہیں اور ٹین کے ڈبوں میں بند کی ہوئی غذاؤں میں موجود ہوسکتے ہیں، حتیٰ کہ اُس وقت بھی جب کہ خود عصیّے تلف کردیئے گئے ہوں۔ یہ سموم یا ٹومینس (ptomains) ۱۷ فی صدی اصابتوں کی توجیہ کرتے تھے۔ عصیاتِ محرقہ نما (paratyphoid bacilli) غالباً غذائی تسمم نہیں پیدا کرتے، لیکن عصیات زحیر (dysentery bacilli) ۲ فی صدی اصابتوں کی توجیہ کرتے تھے۔ زحیر (سانی: Sonne) کی ایک وبا حال ہی میں ہوئی ہے (55)۔

عصیہ کلمگینہ (B. botulinus) جو التہاب الامعاء کے علامات نہیں پیدا کرتا، جرمنی میں بالخصوص جگر اور خون سے بنے ہوئے کلموں میں پایا گیا ہے، اور ریاست ہائے متحدہ امریکہ میں ٹین میں بند کئے ہوئے پھلوں اور سبزیوں میں۔ اُس کے بذرے قدرت میں وسیع طور پر پھیلے ہوئے ہوتے ہیں، اور یہ عصیہ ناہوائی طور پر بالیدگی حاصل کرکے ایک ایسا سم پیدا کردیتا ہے جو نہایت قوی زہر ہے، مگر جو ۸۰ درجہ سنٹی گریڈ کی تپش سے بآسانی تلف ہوجاتا ہے (53)۔

"گیسرٹنر" اور "ایرٹرائکی" کے علامات بالعموم غذا کھانے کے بعد چھ تا بارہ گھنٹوں کے اندر پیدا ہوجاتے ہیں اور یہ ہوتے ہیں: قئے، اسہال، قولنجی درد، سُن پن اور کمزوری، اور ساتھ ہی تایدالبیومن بولیت، نازلتی ذات الریہ،

اور جلدی ضررات جیسے نملہ، احمرار، شری اور منشی نزفات۔ نسبتہً کم حاد اور زیادہ طوالت یا فتہ اصابتوں میں محرقہ یا محرقہ نما بخار سے قریبی متابہت ہو سکتی ہے۔ یہ اصابتیں بعض اوقات مہلک ثابت ہوتی ہیں اور امتحانات بعد الممات سے حاد معدی معائی التہاب ظاہر ہوا ہے، جس کے ساتھ بعض اوقات نزفات پے یر (Peyer) کی چکتیوں کا تورم، کلائی طحال، اور جگر اور گردوں کا امتلا موجود ہوتا ہے۔ خون، آنتوں، یا ٹھوس اعضاء سے عصیے علیحدہ کئے جا سکتے ہیں۔ ان عضویوں سے پیدا ہو جانے والے غذائی تسمم کو ٹائیفائڈی اور پیرا ٹائیفائڈی سرایتوں سے متفرق کرنا چاہیئے، جس کا معمولی طریقہ یہ ہے کہ ان مختلف عضویوں کے لئے مریض کے مصل کی التزاقی قوت کا امتحان کیا جائے۔

عصیہ کلمگینہ سے پیدا ہو جانے والے علامات، جنکو کلمگی (botulism) کہتے ہیں، نظام عصبی سے متعلق ہوتے ہیں اور یہ ہیں:۔ قوت توفیق کا شلل، دو نظری، استرخا الجفن، عسر البلع، بے صوتی، اور قلت افراز ریق۔ موت نہایت کرب و تکلیف کے ساتھ واقع ہوتی ہے، کیونکہ مریض کو پورا ہوش رہتا ہے مگر وہ نہ دیکھ سکتا ہے، نہ بول سکتا ہے اور نہ نگل سکتا ہے، اور حرکات تنفس بتدریج مشلول ہو جاتے ہیں (56)۔

علاج۔ معدی معوی التہاب کی اصابتوں میں مزید سرایت کو روکنے کے لئے معدے کو دھو ڈالنا چاہیئے، اور بہت ہبوط کی اصابتوں کے سوائے دوسری اصابتوں میں آنتوں کو صاف کرنے کے لئے ایک ملیّن دے دینا چاہیئے۔ مہیجات، جیسے کہ برانڈی، ایتھر اور امونیا کی اکثر ضرورت ہوتی ہے، اور اگر اسہال ایک نمایاں علامت ہو تو افیون قلیل مقدار میں دینا چاہیئے، مثلاً اس کے صبغیہ کے ۵ تا ۱۰ قطرے۔ نہایت ہبوط کی اصابتوں میں تحت الجلد بافت کے اندر طبعی مالح کا اشراب کرنا چاہیئے۔

شکمی مرض

(cœliac disease)

یہ نام گی (Gee) نے بچوں کے ایک غیر معمولی مرض کا رکھا ہے، جو اسپرو (sprue) سے کسی قدر مشابہت رکھتا ہے۔ بچہ کو، جس کی عمر ایک اور پانچ سال کے درمیان ہوتی ہے، شاحب یا تقریباً بے رنگ نیم سیال کثیر المقدار، آسش یا دلیہ جیسے پاخانے ہوتے ہیں، جن میں سے نہایت ناگوار بُو آتی ہے۔ ان پاخانوں میں چربی بہت ہوتی ہے، اور شحمی ترشے کے ساتھ کیلسیم کا نقصان ہوتا ہے۔ شکم پُر ہوتا ہے لیکن تنا ہوا نہیں ہوتا۔ ریحیت موجود ہوتی ہے مگر قئے نہیں ہوتی۔ سرینوں کی لاغری ایک ممیز خاصہ ہے۔ بچہ کا رنگ شاحب ہوجاتا ہے، اور وہ دُبلا اور بے پروا ہوتا جاتا ہے۔ بے قاعدہ تپ ہوسکتی ہے۔ بچہ کی بالیدگی میں نمایاں تاخیر ہوتی ہے، اگرچہ اُس کے دماغی یا ذہنی خصائص طبعی حالت میں ہوتے ہیں۔ فی الحقیقت اس مرض کو بعض اوقات شکمی تصنی (cœliac infantilism) کہتے ہیں۔

368

یہ حالت گاہے گاہے بالغوں میں بھی ملتی ہے، اور خودرو سیلان الذہن (idiopathic steatorrhœa) کہلاتی ہے۔ بالعموم سرگذشت کا سراغ بچپن تک لگایا جاسکتا ہے۔ دوسرے خصایص یہ ہیں:- قولون کا اتساع، تکرز لینت العظام، عدم دمویت، اور جلدی اضرار یہ مصلی، فاسفورس اور کیلشیم گھٹے ہوئے ہوتے ہیں، جس کی وجہ سے تکرز ہوتا ہے، اور پاخانوں میں ان کی برآمد بڑھ جاتی ہے (51)۔

شحموں کا انجذاب گھٹ جانے کی وجہ سے ا اور د حیاتینوں کی قلت کی علامات ہمیشہ موجود ہوتی ہیں، گو کہ کساحتی مظاہر صرف بالیدگی کے زمانہ میں منکشف ہوتے ہیں۔ ایک اور رائے یہ ہے کہ آنتوں کے اندر شحم کا ابراز ہوتا ہے، کیونکہ اگر یہی روغن براہِ دہن دیا جائے تو وہ پاخانے میں نمودار نہیں ہوتا جس سے معلوم ہوتا ہے کہ انجذاب تسلی بخش ہے (سنیپر Snapper)۔ دیگر قلتی علامات غذا دہی کی مشکلات سے پیدا ہوسکتے ہیں۔ شدید عدم دمویت عام ہے۔ ابتدائی درجوں میں یہ بالعموم

خرد خلوی ہوتی ہے، اور بعد میں یہ احمر بیضی ہو سکتی ہے۔

علاج۔ سخموں سے اجتناب کرنا چاہیئے، اور حیاتینیں مرتکز شکل میں بہم پہنچانی چاہئیں۔ بہت سے مریض ایسی غذا پر جو کہ تازہ کیلوں پر مشتمل ہو نشوونما پاتے ہیں۔ مالٹ زدہ رسکز (malted rusks) مربے، چوزہ، یخنی، پانی میں ابالے ہوئے چاول، آلو اور مسور سے تیار کیا ہوا ریولینٹا (revalenta) بالعموم اچھی طرح برداشت ہو جاتے ہیں۔ اس امر کا لحاظ کرتے ہوئے کہ بہت محدود تعداد میں اشیا دی جا سکتی ہیں، تبدیلی حتی الامکان زیادہ سے زیادہ مرتبہ کرنی چاہیئے تاکہ بعض اشیا کے متعلق نفرت کا ایک قوی جذبہ نہ پیدا ہو جائے، جس سے ان مریضوں کو غذا دینے کی دقتیں بہت بڑھ جاتی ہیں۔ جب عدم دمویت کلاں خلوی ہو تو خلاصۂ جگر (liver extract) اور مارمائیٹ ضروری ہوتے ہیں، اور ان تمام اصابتوں میں جن میں عدم دمویت موجود ہو لوہا دینا چاہیئے۔ مناسب علاج کرنے پر انذار خاصا اچھا ہوتا ہے۔

فلغمونی التہاب الامعاء

(phlegmonous enteritis)

اس قسم کے التہاب میں آنت کے تمام طبقات، معہ مصلی طبقہ یا باریطون کے ماؤف ہو جاتے ہیں۔ عموماً شدید سرخی اور عروقیت پیدا ہو جاتی ہے، مخاطی اور تحت المخاطی طبقات اس سے زیادہ دبیز، زیادہ نرم، اور زیادہ بھربھرے ہو جاتے ہیں کہ جتنے طبعی حالت میں ہوتے ہیں، اور باریطون عروقی، چپچپا، یا لمف سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے۔ فلغمونی التہاب الامعاء مقامی التہاب کے طور پر پیدا ہوتا ہے، یا متصلہ حصوں سے پھیلنے کا نتیجہ ہوتا ہے، یا انغماد الامعاء یا فتق مخنوق سے پیدا ہو جاتا ہے۔

علامات، اکثر اس التہاب باریطون کا نتیجہ ہیں جو اس کے ساتھ موجود ہوتا ہے اور وہ یہ ہوتے ہیں :- درد، قئے، مقامی ألیمیت، ہبوط، تمددِ شکم اور حمی۔ متذکرہ بالا خالص سراتی اصابتوں میں معوی تسدد کے علامات ظاہر ہوئے۔

علاج میں اولی سبب کا تدارک ملحوظ رکھنا چاہیئے، اور اگر یہ موجود نہ ہو تو علاج تقریباً وہی ہوگا جو کہ التہاب باریطون کا ہے۔

التہاب القولون

(COLITIS)

قولون کا التہاب بھی وہی اقسام پیش کرتا ہے جو دوسری مخاطی اغشیہ میں دیکھے جاتے ہیں، چنانچہ وہ نازلتی ہوسکتا ہے یا تقرحی۔ نازلتی التہاب القولون اکثر عمومی معوی قولونی التہاب کا ایک جزو ہوتا ہے، مماثل اسباب سے پیدا ہوتا ہے، اور نہایت مماثل علامات رکھتا ہے، یعنے درد، تمدد، الیمیت، اور بار بار اجابتیں ہونا جن میں مخاط، بلکہ کبھی کبھی خون تک موجود ہوتا ہے۔ اگر ضرر معاء مستقیم کے قریب ہے تو تاسیر بھی ہوسکتی ہے۔ نازلتی التہاب القولون حاد یا مزمن شکل میں موجود ہوسکتا ہے، اور اس کا علاج التہاب الامعاء کے علاج سے فی الحقیقت مختلف نہیں۔ ٹائیفائڈ اور تدرنی ہر دو قسم کے قرحات اعور اور قولون صاعد میں پائے جاتے ہیں، جو کہ لفائفی میں مماثل ضررات کے ساتھ متلازم ہوتے ہیں۔ آتشکی قرحات معاء مستقیم میں پائے جاتے ہیں۔ قولونی تقرح عصیوی اور امیبائی زحیر، قفیرہ قولونی (balantidium coli) کی سرایت، اور معائی شستوسومیت (متستوسومہ مینسونائی schitosomi mansoni اور شستوسومہ جاپان schistosoma japonicum) کا بھی نتیجہ ہوسکتا ہے۔ وہ جو کہ دار المجانین اور جیلخانجات کا تقرحی التہاب قولون کہلاتا ہے اور بسا اوقات وبائی شکل میں پایا جاتا ہے، حقیقت میں زحیر ہے جو کہ عضویات کے فلیکسنر وائی (Flexner Y) گروہ سے پیدا ہوتی ہے۔ یہ حالتیں اس مزمن تقرحی التہاب قولون سے متمیز ہیں جو کہ نیچے بیان کیا گیا ہے۔

مخاطی غشائی التہاب القولون

(muco-membranous colitis)

(مخاطی قولنج =mucous colic)

(مخاطی التہاب القولون =mucous colitis)

مخاطی غشائی التہاب القولون کی امتیازی خصوصیت یہ ہے کہ اس میں غشاء کے

بڑے بڑے ٹکڑے یا سبائک براہ مستقیم خارج ہوتے ہیں۔ وہ اکثر اوسط عمر کی عصبانی عورتوں میں ہوا کرتا ہے، لیکن بچوں میں بھی اُس کا وقوع نہایت شاذ نہیں۔ اِس مرض میں عموماً عادی قبض ہوتا ہے اور ساتھ ہی شکمی بے آرامی، اور مزمن سوء ہضم کے دوسرے علامات۔ مرض کے حملہ کے ساتھ مروڑ کی نوعیت کے شدید درد ہوتے ہیں، جن کا نتیجہ غشاؤں کا اخراج ہوتا ہے۔

اس مرض میں قولون کے ناگہانی تشنجی انقباضات ہوکر مخاط حد سے زائد پیدا ہوتی ہے۔ اس کی ترویب خمیر، میوسینیس (mucinase) سے ہوجاتی ہے، کیونکہ انقباضات کی وجہ سے وہ کچھ عرصہ تک غشائی مخاطی تماس میں محبوس رہتی ہے اور پھر جاکر خارج ہوتی ہے۔ یہ سبائک طول میں کئی انچ بلکہ کئی فیٹ ہوسکتے ہیں، اور بالکل پتلے اور نیم شفاف ہوتے ہیں، اور چھلکوں کی طرح نظر آتے ہیں، اور اِن میں سرطمی خلیے، ایوسین پسند سپید خلیے کالیسٹیرن (cholesterin) اور امونیم میگنیسیم فاسفیٹ (ammonium magnesium phosphate) مدفون ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ معوی ریگ بھی خارج ہو۔ عموماً کسیقدر نازلتی التہاب القولون موجود ہوا کرتا ہے۔ قولون کے درونہ کی تنگی کا مشاہدہ اسطرح کیا جاسکتا ہے کہ غیر شفاف غذا سے قولون کو پُر کرلینے کے بعد لاشعاعی نگارشوں کا ایک سلسلہ حاصل کیا جائے۔ حوضی قولون کا سرطان چونکہ اس مرض کو پیدا کرسکتا ہے، لہذا اِسکی موجودگی کی صورت میں سگما ئیڈ بین کا استعمال کرنا چاہئیے۔ لاک ہارٹ ممری (Lockhart Mummery) کی رائے ہے کہ یہ مرض بہت سی حالتوں مثلاً گرد قولونی التہاب (pericolitis) تشنج (kinking)، استرخاء احشا (visceroptosis) اور جسم کی غیر وضعیت، وغیرہ کا ثانوی نتیجہ ہوسکتا ہے۔

اِن میں سے بعض اصابتوں میں سگما ئیڈ بین کے ذریعہ غشاء مخاطی کا اشراب، اُذیما، اور تقیح دیکھا گیا ہے۔

علاج ۔ اگر ممکن ہو تو اولی سبب کا علاج کرنا چاہئیے۔ غذا کا محتاط انتخاب تاکہ ایسی غذا پہنچائی جائے کہ جو ہر قسم کی میکانی خراش پیدا کرنے والے ذرات، ریشوں وغیرہ سے معرا ہو، آہستہ کھانا اور اچھی طرح چبانا، ا تا ۱½ پائنٹ نیم گرم پانی یا ۱۰ اونس روغن زیتون سے آنت کی آبیاری، یہ سب علاج کے مفید وسائل ہیں۔ شدید الفعل مسہلات سے احتراز کرنا چاہیئے کیونکہ وہ قولون کی خراش پیدا کرکے حالت کو

خراب تر بنا دینگے۔ روغن بیدانجیر سب سے زیادہ موزوں ہوتا ہے۔ لیکوڈ پیرافین بھی استعمال کی جاسکتی ہے۔ لفاح درد کے لئے مفید ہوتا ہے۔ ایک شکم بند کے ذریعہ شکم کو گرم بھی رکھنا چاہیئے۔ بعض اوقات ایسی غذا مفید ثابت ہوتی ہے، جس میں پھل اور سبزیاں ہوں، جو زیادہ تر بے پکائی ہوئی ہوں، اور جن کے ساتھ موٹی پھلیاں اور چھلکے بھی شامل ہوں یعنے یہ غذا متذکرہ بالا غذا کی بالکل ضد ہوتی ہے اور اس وجہ سے مفید ہوتی ہے کہ یہ اس قبض کو دفع کر دیتی ہے جس میں مریض مبتلا ہوتا ہے۔ ذہنی علامات کی طرف توجہ کرنی چاہیئے، اور مریضہ کے خیالات کو اس کے مرض کی طرف سے ہٹانا چاہیئے۔ یہ مرض جان کے لئے خطرے کا باعث نہیں ہوتا مگر برسوں تک قائم رہتا ہے۔ کبھی کبھی تفویہ زائدہ کی گئی ہے، اور اسطرح بنائے ہوئے فتحہ کی راہ سے تغسیل کی گئی ہے۔

تقرحی التہاب قولون

(ulcerative colitis)

(خطرناک التہاب قولون۔ خطرناک تقرحی التہاب قولون)

مزمن تقرحی التہاب قولون، ایک غیر معلوم مبداء رکھنے والا مرض ہے جس کا امتیازی خاصہ برازی مادہ کا بار بار خارج ہونا ہے جس کے ساتھ ریم، مخاط اور خون ملا ہوا ہو۔ تپ ممکن ہے موجود ہو یا نہ ہو، اور مرض کی حاد اور مزمن اشکال پائی جاسکتی ہیں۔ خود بخود فترہ ہو جانا شاذ نہیں ہے۔

بحث اسباب۔ تقرحی التہاب قولون یورپ، امریکہ اور دیگر جگہ وسیع طور پر پھیلا ہوا ہے اور دونوں صنفوں کو متاثر کرتا ہے، لیکن بالغ زندگی میں سب سے زیادہ عام ہے۔ ممکن ہے اس سے قبل خرابی صحت کی کوئی حالت موجود نہ ہو، لیکن بعض اصابتیں مزمن عفونی فسادات مثلاً سرایت زدہ دانتوں، لوزتین اور اجواف کے بعد نمودار ہوئی ہیں، اور بعض لوگوں کے خیال میں اس سے اس نظریہ کی تائید ہوتی ہے کہ ایک نوعی نبقہ تسبیجیہ [برگن (Bargen) کا دو تسبیحی نبقہ (diplo-streptococcus)] تسبیبی عضویہ ہے۔ دوسرے لوگ فلکسنر وائی (Flexner Y) کو ذمہ دار تسبیبی عامل سمجھتے ہیں، لیکن اس امر کی شہادت کہ ان دونوں نوعی عضویات میں سے کوئی ایک ذمہ دار ہے، نہایت تسلی نا بخش

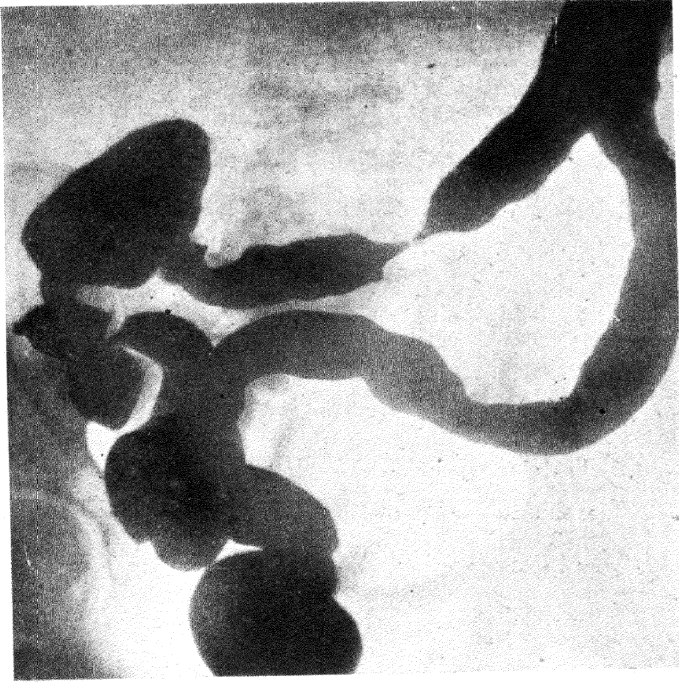
ہے۔ یہ بھی رائے دی گئی ہے کہ غذائی قلتوں یا کسی دیگر سبب کے بعد جو کہ قولونی مدافعت کو مقامی طور پر گھٹا دیتا ہے، طبعی جراثیمی نباتیات (flora)، بالخصوص نبقہ سجیہ، مرضیاتی خصائص اختیار کر لیتے ہیں۔

امراضیات۔ حاد خاطف اصابتیں عصیوی زحیر سے مشابہت رکھتی ہیں۔ 370

غشاء مخاطی کا عام شدید التہاب اور اس کے ساتھ ارتشاح، غشا کا تنخر اور وسیع طور پر پھیلا ہوا تقرح پایا جاتا ہے۔ معمولی مزمن اصابت میں معاء مستقیم کی غشاء مخاطی میں دبیت، تموّج، تہیّج اور دھنی تقرح ظاہر کرتی ہے اور آلہ کے استعمال سے یا پچارا نے پر اس سے ادماء ہونے لگتا ہے۔ بعد ازاں، جب حالت ترقی کر جاتی ہے، تو قولون بتدریج ماؤف ہو جاتا ہے اور اس کی سطح ذراتی دامی ملتہب ہو جاتی ہے، آنت کی دیواریں دبیز اور متلیف ہو جاتی ہیں اور اس کا درونہ تنگ ہو جاتا ہے۔ تاخیر پذیر اصابتوں میں امتحانِ لاش پر دبیز منقبض آنت، بڑے بڑے روئیں دار قرحات اور ان کے درمیان التہاب زدہ یا سعدانہ دار غشاء مخاطی کی دھجیاں، نہایت ہی ممیّز ہیں۔ بعض مقامات پر یہ قرحات مندمل ہو رہے ہوتے ہیں اور ان کے سرحلمہ کی بازتکوین ہو رہی ہوتی ہے۔ مکمل اندمال کے بعد بسا اوقات متعدد سعدانیت (polyposis) پیدا ہو جاتی ہے۔

علامات۔ حاد خاطف قسم کی اصابت میں آغاز دفعتہ ہوتا ہے اور اس کے ساتھ اسہال اور قولنجی شکمی درد ہوتا ہے۔ اجابتیں تاریک بھوری اور بدبودار ہوتی ہیں، اور ان میں بہت سی مخاط، خون اور ریم ہوتا ہے۔ زبان فروار ہوتی ہے، سانس بدبودار ہوتی ہے، اور تپ، شاید شدید تعریق کے ہمراہ نمویاب ہو جاتی ہے۔ شکمی تمدد اور قولون پر ایلمیت اور کسی قدر استواری پائی جاتی ہے۔ وزن کی نمایاں کمی اور عدم دمویت پیدا ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے علامات میں کوئی فترہ ہوئے بغیر مریض مر جائے۔

مزمن تقرحی التہاب قولون، ممکن ہے حاد قسم کے بعد پیدا ہو، لیکن زیادہ کثرت کے ساتھ اس کا آغاز بے تپ اسہال کے ساتھ ہوتا ہے کہ جس میں بدبودار پاخانے بار بار آتے ہیں جن میں مخاط خون اور ریم ہوتا ہے۔ مستقیمی بے آرامی یا تابیر نمویاب ہو سکتی ہے، اور عدم دمویت اور کمیٔ وزن نمودار ہو سکتی ہے۔ کم نمک ترشگی عام ہے۔

۵ فیصدی اصابتوں میں یہ حالت ذراتی التہاب مستقیم کے طور پر شروع ہوتی ہے،

الف ۔ تقرحی التہاب قولون ۔ سطح کی چھوٹی چھوٹی بے قاعدگیاں ملاحظہ ہوں ۔ (مصنف ہذا کے ایک مریض سے)

ب ۔ بڑی آنت بیریم سے بھری ہوئی ہے اور قولون نازل میں عطفات ظاہر کرتی ہے ۔ (یہ شعاع نگاشت مسٹر ڈبلیو لنڈسے لاک نے لی ہے)

جو بتدریج حوصی صاعد اور مستعرض قولون میں پھیل جاتا ہے۔ آخر میں اعور ماوف ہو جاتا ہے۔ شاذ طور پر بڑی آنت کے فلقی رتبہ جات، معا مستقیم ماؤف ہونے بغیر متاثر ہو جاتے ہیں۔ پیچیدگیاں، نزف، انثقاب، تضیق، آنت کی سعدانیت، سرطان اور الہاب مفاصل پر مشتمل ہوتی ہیں۔ ان اصابتوں میں کہ جن میں سعدانے پائے جاتے ہیں، ۲۰ فیصدی میں بعد میں جا کر خباثت نمویاب ہو جاتی ہے۔

تشخیص ۔ سرگذشت اور پاخانوں کے منظر سے مرض کی نوعیت کا شبہ پیدا ہونا چاہئے لیکن ہر اصابت میں سگمائڈبینی (sigmoidoscopy) اور لاشعاعی امتحان سے تشخیص کی توثیق کرنے کی ضرورت ہے۔ ممکن ہے مستقیمی امتحان سے بے تنش عاصرہ ظاہر ہو اور ممکن ہے سعدانے حس کئے جائیں، اور دستانہ پونش انگلی خون سے لتھڑ جاتی ہے۔ سگمائیڈبینی سے ایک یکساں طور پر التہاب زدہ ذرّانی سطح دریافت ہوتی ہے، جس سے پچارنے یا آلہ کے استعمال سے بآسانی ادماء ہونے لگتا ہے، نیز دخمی یا بڑی جسامت کے قرحات دکھائی دے سکتے ہیں مستقیم اور قولون کا درونہ تنگ ہو گیا ہوتا ہے، اور اس کی دیواریں بے لچک اور استوار ہوتی ہیں چنانچہ اس کو ہوا سے متمدد کرنے پر درد ہوتا ہے۔ سگمائیڈبینی کے لئے عمومی عدم حسیت کی کبھی ضرورت نہیں پڑتی، اور مریض کا امتحان رکبی صدری یا ظہری وضعات میں کیا جا سکتا ہے، ایک خوب نمو یافتہ اصابت میں لاشعاعیہ سے انبوبی، تمریافتہ آنت ظاہر ہوتی ہے جس میں تاجکی بالکل زائل ہو گئی ہوتی ہے، اور اگر وسیع تقرح موجود ہو، تو قولون پر نما اور کرم خوردہ منظر ظاہر کرتا ہے (صفحہ ۲۹ الف)۔

انذار ۔ خاطف اصابتیں ممکن ہے اپنے پورے مرض میں حموی رہیں۔ اور آغاز سے ۲ - ۹ مہینے میں مر جائیں۔ مزمن اصابتوں میں ممکن ہے بخار کبھی نہ ہو، اور ان میں کئی مہینوں بلکہ سالوں کی مدت کا فترہ ہو سکتا ہے۔ ان حالات میں تمام علامات غائب ہو جاتی ہیں، بلکہ ممکن ہے سگمائیڈبینی اور لاشعاع پر آنت طبعی منظر ظاہر کرے۔ بعد ازاں نکسات عام طور پر واقع ہوتے ہیں۔ مرض بہت سالوں تک پھیل جاتا ہے اور بعض اصابتوں میں عام صحت پر بہت کم اثر پڑتا ہے۔

علاج ۔ جب بخار موجود ہو تو بستر پر لٹا کر آرام کرانا ضروری ہے۔ ایک مغذی، نرم، بلند حراری، بلند حیاتینی غذا کی ضرورت ہے، اور شروع میں اگرچہ اس کا ثقل کم ہو

تاہم حتی الامکان بہت جلد اس میں پھل اور خوب گلی ہوئی چھنی ہوئی (pureed) سبزیاں شامل کی جا سکتی ہیں ۔ ایک ایسی غذا جس میں زیادہ ترسیب شامل ہوں بعض اوقات کامیاب ہوتی ہے ۔ عفونی مراکز کا استیصال قرین مصلحت ہے ۔ بعض لوگ خودزا ذیقی سبجی جدرین، برگن (Bargen) کے ضد تقرحی التہابی قولونی مصل اور ضد زہری مصل (آخرالذکر روزانہ ۱، ۲۰، ۴۰، ۶۰، ۸۰ اور ۱۰۰ مکعب سمر کی مقداروں میں درون عضلی یا درون وریدی طور پر دیا جاتا ہے) کی سفارش کرتے ہیں لیکن استہداف سے اموات ہو چکی ہیں ۔ ملح، سوڈیم بائی کاربونیٹ، پروٹارگال (protargol) اور ایلبرجن (albargin) ($\frac{1}{500}$)، خالص پوٹاسیم پرمینگنیٹ (potassium permanganate) (ایک گرین ایک پائنٹ میں) ٹینک ایسڈ (tannic acid) (ایک سے لیکر ۲ گرین ایک اونس میں) اور یوسال (eusol) کے ذریعہ قولونی تغسیل مفید ثابت ہو سکتی ہے ۔ ہر دوسرے روز نیم گرم عقیم ملح کے ساتھ، اثنا عشری کی آبیاری جو اتنی مقدار میں ہو کہ آنت دھل کر صاف ہو جائے، بعض اوقات کامیاب ہوتی ہے ۔ روغن زیتون میں بسمتھ سب گیلیٹ (bismuth subgallate) کی ۵ فیصدی تعلیق روزانہ دی جا سکتی ہے ۔ اگر مریض عدیم الدم ہے تو علاج بالحدید اور نقل الدم قرین مصلحت ہے، اور مرقق ترشہ نمک (قرابادین برطانوی) (½ - ۱ ڈرام) کھانے کے بعد دن میں تین مرتبہ دیا جا سکتا ہے ۔ عملیتی علاج، نبقی سبجی التہاب باریطون کے اندیشہ کی وجہ سے خطرناک ہے، اور اس کو ایسی دشوار علاج اصابتوں کے لئے محفوظ رکھنا چاہیئے جہاں طبی علاج بالکل کارآمد نہ ہو ۔ تفویہ زائدۂ تفویہ قولون اور تفویہ لفائفی اپنے اپنے مؤید رکھتے ہیں ۔ وہ عفونت کش محلولات کے ذریعہ تغسیل کا موقعہ دیتے ہیں اور آخرالذکر علیہ آنت کو مکمل طور پر آرام دیتا ہے ۔

371

التہاب زائدہ
(appendicitis)

بحث اسباب ۔ یہ مرض ادھیڑ عمر یا بڑھاپے کے نسبت اوائل زندگی میں، اور اناث کی نسبت ذکور میں بہت زیادہ کثیرالوقوع ہے ۔ اس شکایت کا گذشتہ چند سالوں میں زیادہ بڑھ جانا گو عام طور پر تسلیم کر لیا گیا ہے تاہم اُس کی توجیہ بالکل

نہیں ہوئی۔

امراضیات۔ التہاب زائدہ عموماً عمومی عصیہ قولونی کی سرایت ہوجانے کے باعث ہوتا ہے، جو کہ آنت کا قدرتی باشندہ ہے۔ بعض اوقات نبقات سبحیہ، نبقات عنبیہ، عصیہ ریم نیلگوں اور دوسرے ریم ساز عضویے، عصیہ درنی، عصیہ محرقی اور شعاع فطر اس سے متعلق ہوتے ہیں۔ سرایت کی تحریک کہفہ زائدہ میں ایک جسم غریب کی موجودگی سے پیدا ہوسکتی ہے، جو اُس کے دروِنہ کو مسدود کر دیتا ہے۔ یہ ایک شاہ دانہ کی گٹھلی، نارنگی کا بیج، کوئی دوسرا تخم، کرم امعاء یا ایسی ہی کوئی چیز ہوسکتی ہے۔ بہت سی اصابتوں میں ایک زردیا رمادی رنگ کا اُبھا دیا پتھری پائی جاتی ہے، جو جسامت میں مٹر کے برابر ہوتی اور برازی مادّے سے بنتی ہے، جس کے ساتھ مخاط، کلسی ملحات اور کثیر التعداد جراثیم مخلوط ہوتے ہیں۔ اس کے متعلق اب یہ خیال ہے کہ یہ زائدہ کی نازلت کے بعد بنجاتی ہے۔

مرضی تشریح۔ زائدہ کے طبقات کی دَرریزش اور دبازت پیدا ہو کر اُس کا کہفہ نازلتی حاصلات یا پیپ سے متمدد ہوجاتا ہے، اور بالآخر تقرح اور گنگرین ہوجاتی ہے۔ بیشتر اصابتوں میں یہ فساد باریطونی غلاف تک پھیل جاتا ہے۔ بعض اوقات یہ التہاب باریطون محدود المقام اور انضمامی ہوتا ہے، اور زائدہ متصلہ آنت سے چپک کر دائیں عرقفی خطہ میں ایک کم و بیش مزاحم تودہ بنا دیتا ہے۔ ممکن ہے کہ زائدہ کے گرد ایک خراج الزائدہ بنجائے اور انضمامات اسے عام کہفہ باریطون سے علٰحدہ کر دیں، اور زائدہ عموماً مثقوب یا گنگرینی پایا جاتا ہے۔ بعض اوقات انضمامی التہاب باریطون واقع ہونے سے پہلے ہی زائدہ میں انثقاب یا اغتشاش واقع ہوجاتا ہے اور پھر ایک نہایت مہلک قسم کا عام التہاب باریطون بسرعت پیدا ہوجاتا ہے۔ کبھی کبھی التہاب باریطون، جو ابتداءً مقامی ہوتا ہے، بتدریج پھیل کر شکم کے مختلف حصوں میں باریطونی خراجات بنجاتے ہیں، مثلاً خراج گرد کلوی زیرڈایافرامی خراج، یا خراج الحوض۔ استثنائی اصابتوں میں سرایت رساں عضویے ورید الباب کی راہ سے جگر میں پہنچ کر تقیحی التہاب ورید الباب اور خراج الکبد پیدا ہوجاتے ہیں۔

لیکن اگر اغتشاش یا تقیح نہیں واقع ہوا تو اس کے یہ معنے ہرگز نہیں کہ التہاب بظاہر رفع ہوجانے سے مرض کا خاتمہ ہوجاتا ہے۔ اس حالت کا نکس واقع ہوسکتا ہے،

اور اِس حملہ کے چھ مہینے بعد سے لیکر دو یا تین سال بعد تک حاد التہاب پھر بھڑک اُٹھتا ہے، اور یہ یا تو مندرجہ بالا کیفیتوں میں سے کسی ایک میں مختتم ہو جاتا ہے، یا التہاب بیں پھر افاقہ ہو جاتا ہے، لیکن شاید وہ ایک اور وقفہ کے بعد پھر فعال ہو جاتا ہے ۔ اِن وقفوں میں جیسا بعض اصابتوں میں عملیہ کرنے پر ظاہر ہوا ہے، زائدہ کی دیواروں کی دبازت اور دریشش پائی جاتی ہے، ساتھ ہی اُس کے وسط میں اکثر ایک تنگی اور بعدی سرے پر اتساع ہوتا ہے، شاذ اُس کے کہف میں انجمادات موجود ہوتے ہیں، اور خارجاً باریطونی انضمامات ۔ یا ممکن ہے کہ مطموس ہو کر زائدہ لیفی ہو گیا ہو ۔

علامات ۔ حاد حملہ ۔ حملہ کی ابتدا اکثر کسیقدر ناگہانی ہوتی ہے ۔ مریض کو یوں ہی، یا کچھ عرصہ کے سوءہضم کے بعد جس کے ساتھ کچھ قبض یا اسہال کبھی ہوتا ہے کبھی نہیں ہوتا، شدید درد شکم کا حملہ ہو جاتا ہے، جو پہلے سارے شکم پر پھیلا ہوا ہوتا ہے لیکن جلد ہی دائیں حرقفی حفرہ میں زیادہ نمایاں ہو جاتا ہے ۔ اِس کے ساتھ ہی کسیقدر متلی، قئے، اور کسیقدر رحموی تعالی ہوتا ہے ۔ زبان فردار ہوتی ہے، اشتہا جاتی رہتی ہے، تشنگی موجود ہوتی ہے، اور آنتوں میں قبض ہوتا ہے ۔ ممکن ہے کہ شکم کسیقدر متمدد ہو، لیکن وہ دائیں حرقفی حفرہ میں عموماً اُستوار اور الیم ہوتا ہے ۔ اگر زائدہ حوض کے اندر واقع ہے تو ممکن ہے کہ یہ اُستواری غیر موجود ہو ۔ الیمیت اکثر متعین طور پر اُس نقطے پر واقع ہوتی ہے جو دائیں اگلے بالائی سُوکی زائدے سے تقریباً ۲ انچہ فاصلہ پر اس خط پر ہوتا ہے جو اس زائدہ سے ناف تک کھینچا جائے (نقطۂ مَکبرنی = Mc Burney's point)، ممکن ہے کہ یہ علامات چند روز تک جاری رہیں اور قئے، درد اور تمدد علاج کے اثر سے کم پڑ جائیں اور یہ شکایت دُور ہو جائے ۔ یہ ہمیشہ نہیں ہوتا کہ درد ابتداءً سارے شکم پر پھیلا ہوا یا زائدہ کے خطّے میں محدود المقام ہو ۔ ممکن ہے کہ وہ شراسیفی ہو یا بائیں جانب پر ہو وہ بار ہا سُرّی ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ بائیں جانب پر شروع ہو کر دائیں جانب کو جائے ۔ حرقفی خصری عضلہ میں درد ہو سکتا ہے، جس کا اظہار مریض کو بائیں کروٹ پر لٹا کر اور دائیں کولہے کو پیش بسط کر کے کیا جا سکتا ہے ۔ یا اُس وقت جبکہ زائدہ حوض حقیقی میں ہو عضلہ سادہ اندرونی میں درد ہو سکتا ہے، اور اس کا اظہار گھٹنے کو خمیدہ رکھکر دائیں ران کو باہر کی طرف گھمانے سے کیا جا سکتا ہے (اشارت عضلۂ سادّہ)، کبھی کبھی قضیب

372

میں بھی درد ہوتا ہے۔

جب پھوڑا بنانے والا التہاب واقع ہو جاتا ہے، اور زائدہ حوضِ حقیقی کی کگر کے اوپر واقع ہوتا ہے، تو یہ اُستواری اور مزاحمت نسبتہً زیادہ متعین طور پر محدود المقام ہو جاتے ہیں اور ممکن ہے کہ ایک متعین رسولی بنا دیں جس کی حد بندی بیرونی جانب پر اور نیچے عظمِ حرقفی کے عرف اور رُباطِ پوپارٹ کے ذریعہ ہوتی ہے اور جو رُباطِ پوپارٹ سے ناف تک کے فاصلہ کے نصف یا دو ثلث حصوں تک پھیلتی ہوئی ایک محدب کنارہ بناتی ہے۔ قرع کرنے پر وہ اکثر بالکل ٹھوس یا اَصم پائی جاتی ہے، اور بعض اوقات اُس میں ایک ترمیم شدہ طبلی آواز ہوتی ہے، اور بقیہ شکم ملائم اور گمگ دار ہوتا ہے۔ تپش بلند ہو کر ۱۰۲ یا ۱۰۴ درجہ فارن ہائٹ تک، اور نبض ۱۰۰ یا ۱۲۰ تک پہنچ سکتی ہے۔ درد بیقاعدگی کے ساتھ یا دَورے کے طور پر ہو سکتا ہے، اور اکثر نیچے دائیں ٹانگ تک جا پہنچتا ہے۔ موافق اصابتوں میں، اگر عملیہ میں تاخیر ہو جائے تو ممکن ہے کہ یہ رسولی بتدریج کم متعین اور چھوٹی ہو ہو کر بیٹھ جائے، چنانچہ وہ ظاہر ہونے کے بعد سے دس تا بیس یوم میں غائب ہو جاتی ہے، اور تپ اور دوسرے ناموافق امارات بھی کم ہو جاتے ہیں۔ اِس کے برعکس اُس وقت جبکہ زائدہ حقیقی حوض کے اندر ہو، ممکن ہے کہ انثقاب کا نتیجہ یہ ہو کہ درد موقوف ہو جائے، اور شکم کی استواری تو ہوتی ہی نہیں۔ ایسی حالت میں باوجود اِس کے کہ حوضی التہابِ باریطون موجود ہوتا ہے تشخیص نہیں ہونے پاتی۔ علاوہ امارتِ عضلۂ سادہ کے، جس کا تذکرہ اوپر کیا گیا ہے، عمیق الوقوع پھوڑا براہ معاء مستقیم یا براہ مہبل محسوس کیا جا سکتا ہے، یا وہ (ا) مثانہ کے قریب واقع ہونے کی وجہ سے تواترِ تبول، یا (ب) عضلۂ مستقیمہ کے قریب واقع ہونے کے باعث اسہال اور تاسیر پیدا کر سکتا ہے۔

زائدہ کا اِغتاث جلد واقع ہو جانے کی اصابتوں میں ممکن ہے کہ مقامی دلائل بالکل غائب ہوں، یا اِسقدر خفیف ہوں کہ مریض اُنھیں بمشکل محسوس کرے، یا اِسقدر قلیل المدت ہوں کہ مرضی حالت ابتدا ہی سے، یا جلد ہی، عام التہابِ باریطون کی نوعیت رکھتی ہے (ملاحظہ ہو التہابِ باریطون)۔

حساسیتِ درد یعنی دُکھن کا احساس، یا محض جِلدی حسیّت یعنے بڑھی ہوئی لمسی حسیّت، تشخیص کے لیئے کارآمد ہو سکتی ہے۔ اگر ایک الپین کو مستقیم زاویہ پر رکھکر جلد پر

کھینچا جائے، یا اگر جِلد کو اُنگلی اور انگوٹھے کے درمیان آہستہ سے چٹکی میں لیا جائے تو یہ ظاہر ہوجاتے ہیں۔ حاد التہابِ زائدہ میں یہ امارات تقریباً ۶۰ فیصدی اصابتوں میں پائے جاتے ہیں، اور تقریباً ہمیشہ دائیں حرقفی حفرے میں ہوتے ہیں، اگرچہ ممکن ہے کہ پیچھے اور بائیں جانب بھی ایسے مزید رقبے ہوں (58)۔ حساسیتِ درد ایک بعید السبب درد ہے اور یہ امر کہ کسی تندرست حشا کی دیواروں کو تاننے سے وہ مصنوعی طور پر پیدا کیا جا سکتا ہے اور اس تناؤ کے موقوف ہوجانے کے بعد تقریباً ایک گھنٹہ تک جاری رہ سکتا ہے، ظاہر کرتا ہے کہ التہاب کے ساتھ اِس کا تعلق ہونا ضروری نہیں، بلکہ وہ زائدہ کی یا شائد لفائفی اور اعور کے ایک قطعہ کی دیواروں کے ثانوی اتساع اور تناؤ کا نتیجہ ہے۔

التہابِ زائدہ کے نکسات کی صورت میں، جن کا پہلے تذکرہ کیا گیا ہے، علامات بالکل ویسے ہی ہوتے ہیں جیسے کہ اولی حملوں میں لیکن عام التہابِ باریطون کا اندیشہ غالباً کمتر ہوتا ہے، کیونکہ ضرر کے گرد انضمامات بَن چکے ہوتے ہیں۔

تحت الحاد التہابِ زائدہ میں زائدے کے خطّے میں گہرا دباؤ ڈالنے سے خفیف سا درد پیدا ہوسکتا اور دبازت محسوس ہوسکتی ہے۔ اکثر اوقات اُس سے تکلیف دہ علامات پیدا ہوجاتے ہیں، جو غلط فہمی پیدا کر سکتے ہیں، کیونکہ اُن سے زائدہ سے دور کے کسی مرض کا ایما ہوتا ہے۔ مثلاً مریض کو درد کے حملے شراسیفی یا سُری خطّے میں ہوتے ہیں، بعض اوقات بائیں جانب تک بھی ہوتے ہیں، یا اگر زائدہ حوض کے اندر ہے تو معاءِ مستقیم میں ہوتے ہیں۔ آخری مثال میں ممکن ہے کہ پیشاب بار بار آئے، اور دوسری مثالوں میں قئے ہوسکتی ہے۔ یہ درد چند گھنٹوں سے لیکر ایک یا دو دن تک جاری رہتا ہے۔ اصابتوں کا ایک اہم گروہ وہ ہے جس میں علامات ایسے ہوتے ہیں کہ اُن پر معدی قرحہ کے اور نسبتہً کم بار اثنا عشری کے قرحہ کے علامات کا دھوکا ہوتا ہے۔ بعض اصابتوں میں زائدہ کے مقام پر دباؤ ڈالا جائے تو شراسیف میں درد کا احساس ہوتا ہے۔ یہ درد ورزش یا ریاضت کرنے سے زیادہ ہوجاتا ہے۔ حملے وقفوں کے ساتھ چند سال تک ہوتے رہتے ہیں، اور شدید حملوں کے بعد جو وقفے ہوتے ہیں ان میں بھی مریض بہت سی مثالوں میں درد سے کلی طور پر معرّا نہیں ہوتا۔ معدی اور اثنا عشری مرض کے اِس اشتباہ کو زائدی سوءِ ہضم (appendix dyspepsia) کہتے ہیں، اور ان علامات کو ایسے سوءِ ہضم

کی طرف منسوب کیا جا سکتا ہے جو زائدی خطے سے معکوس طور پر پیدا ہو جاتا ہے ۔
تشخیص ۔ کسی لڑکے یا لڑکی میں حاد عام الہتاب باریطون جو بظاہر خود بخود پیدا ہو جائے تقریباً ہمیشہ الہتاب زائدہ کا نتیجہ ہوتا ہے ۔ نسبتاً زیادہ عمر والے مریضوں میں بہت سے ضررات الہتاب زائدہ کے ساتھ خلط ملط کئے جا سکتے ہیں بشکم حاد کے تقریباً تمام اسباب پر مختلف اوقات میں اُسی کا غلط گمان ہوا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 320) ۔
گذشتہ سرگذشت پر، اتم درد اور الیمیت کے محل وقوع پر، اور اُن مقامی حالات پر جو بیرونی امتحان اور براہ معاء مستقیم امتحان سے دریافت ہوں، اچھی طرح غور کرنا چاہیئے ۔
نسبتہً بعد کے درجہ میں، جبکہ رسولی بنگئی ہو، اسے برازی احتباسات، اعور کی خبیث بالید، حرکت پذیر گردے، عورتوں کے حوضی احشاء کے الہتاب اور خصری پھوڑے سے متمیز کرنا پڑتا ہے ۔
زائدی سوء ہضم کی تشخیص کا انحصار بعض مقامی امارات پر ہوتا ہے جو زائدی خطے میں ظاہر ہوتی ہیں ۔ نیز براز میں مخفی خون کی عدم موجودگی پر (اگرچہ یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ مزمن الہتاب زائدہ اور ہضمی قرحہ کا ایک ساتھ واقع ہونا غیر عام نہیں)، اور ہضمی قرحہ یا الہتاب مرارہ کی دوسری منفی شہادت پر ۔ امارت باسٹیڈو (Bastedo's sign) ایک قیمتی توثیقی کاشف ہے ۔ یہ یہ ہے کہ جب ایک مستقیمی انبوبہ کے ذریعہ آہستہ آہستہ ہوا اندر پمپ کر کے قولون کو پھلا دیا جائے تو دائیں حرقفی حفرے میں درد اور الیمیت پیدا ہو جاتی ہے ۔ تندرست شخص میں اِس سے صرف کسیقدر بے آرامی تو پیدا ہو جاتی ہے، لیکن درد صرف بہت زیادہ تمدد سے ہوتا ہے اور پھر یہ کہ درد دونوں طرف یکساں ہوتا ہے ۔ جب الہتاب زائدہ موجود ہوتا ہے تو اِسطرح پھلانے سے دائیں حرقفی خطے میں درد پیدا ہو جاتا ہے اور زائدی خطہ اب دبانے پر الیم پایا جاتا ہے، یا اگر وہ پہلے ہی سے الیم ہے تو الیمیت کا یہ احساس اور زیادہ شدید ہو جاتا ہے ۔ بعض اوقات یہ بھی ہوتا ہے کہ پھلانے کے بعد اِس مقام کو دبانے سے شراسیف کا وہی درد نمودار ہو جاتا ہے جو کہ مریض کو از خود پیدا ہوتا ہے (Hurst) ۔ مریضوں کی بہت بڑی تعداد میں بیریم سلفیٹ اور چھاچھ کی غذا (S[illegible]ggs) یا بیریم سلفیٹ اور پانی کی غذا (Redding) دینے کے چھ تا اٹھارہ گھنٹے بعد [illegible] سے زائدہ دیکھا جا سکتا ہے ۔ خود زائدہ دوریہ کی رویت سے

زیادہ اہم یہ امور ہیں:۔ مقامی الیمیت، اعور اور اختتامی لفائفی کی غیر طبعی تثبیت اور لفائفی قولونی عاصرہ کی راہ سے غذا گذرنے میں تاخیر، یعنی معدی لفائفی معکوسہ کی کمی، جس کا امتحان اس طرح کیا جاتا ہے کہ بریئم ملا ہوا کھانا دینے کے چار گھنٹہ بعد ایک کھانا دیا جائے اور اس کے ایک گھنٹہ بعد اعور کا معائنہ کیا جائے (36, 35)۔

انذار۔ شفاخانہ لندن کے تازہ اعداد و شمار کی رو سے التہاب زائدہ کی ان تمام اصابتوں میں جن میں حملہ شروع ہونے کے بعد پہلے چوبیس گھنٹوں کے اندر عملیہ کیا گیا تعداد اموات ۲ء۱ فیصدی تھی۔ یہ دوسرے دن بڑھ کر ۹ء۲ فیصدی ہوگئی اور تیسرے دن ۷ء۸ فیصدی ہوگئی۔ عملیہ جسقدر جلد کیا جائے انذار اسیقدر بہتر ہوتا ہے۔

علاج۔ اِن واقعات نے کہ التہاب زائدہ بہت کم علامات ہوتے ہوئے بھی گنگرین اور تقیح کے درجوں تک ترقی کر سکتا ہے، اور بلا عملیہ کئے خطرہ کی وسعت کا صحیح اندازہ کرنا بہت مشکل ہے، یہ عقیدہ راسخ کر دیا ہے کہ جب کبھی التہاب زائدہ کی یقینی یا نہایت اغلب تشخیص قائم ہو جائے تو زائدے کے استیصال کا تہیہ کرنا چاہیئے اور اسے حتی الامکان جلد ترین موقع پر انجام دینا چاہیئے۔ اگر تشخیص کے متعلق شبہ ہو، یا علامات نسبتہً کم صوری التوجہ ہوں تو اور انتظار کرنا جائز ہے۔ ایسی صورت میں مریض کو بستر پر لٹا کر رکھنا چاہیئے، اور اُسے صرف دودھ، بینجرس فوڈ (Benger's food) یا ایسی ہی چیزیں کھانے کے لئے دینی چاہئیں۔ گرم سالہ بورک (hot boric lint) یا تکمیدات استعمال کرنی چاہئیں، اور تمام قسم کے مفتحات سے احتراز لازم ہے۔ باستثنائے اِس کے کہ اگر حال ہی میں پاخانہ نہوا ہو تو ایک سادہ حقنہ دیدیں۔

374 یہ سوال کہ آیا ہر اُس اصابت میں جو طبی معالجہ سے شفایاب ہو چکی ہے۔ توالی مرض کو روکنے کے لئے چند ماہ بعد عملیہ کر دینا چاہیئے یا نہیں، ہنوز تصفیہ طلب ہے۔ لیکن اگر دوسرا حملہ ہو جائے تو عملیہ کرنے کے اِس موقع سے یقیناً فائدہ اٹھانا چاہیئے۔ اِس موقع پر یہ احتیاط عمل میں لانی چاہیئے کہ کسی متلازم مرض کے لئے شکم کے دوسرے حصوں، اور بالخصوص مرارہ کا امتحان کر لیا جائے۔

عطفیت

(DIVERTICULOSIS)

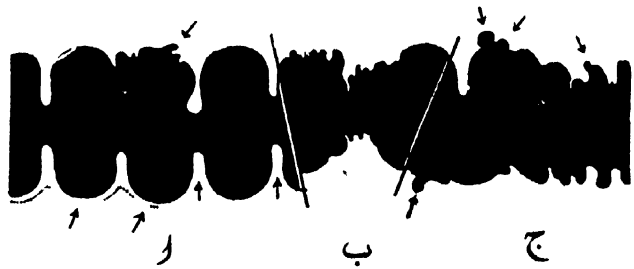
بڑی آنت کے متعدد عطفے، جو غشائے مخاطی کے چھوٹے فتقوں کے سلسلہ کی راہ سے روائد ثربی (appendices epiploicæ) کے اندر اُبھر آتے ہیں، اس آنت کے کسی بھی حصے میں مل سکتے ہیں، لیکن حوصی قولون تقریباً تین چوتھائی اصابتوں میں ماؤف ہوتا ہے۔ یہ عطفی درجہ، آنت کا ایک مقامی عارضہ ہے اور حراش کا نتیجہ ہوتا ہے۔ خفیف سا دردِ شکم اور مقامی اینٹھن ہوتی ہے۔ غیر شفاف غذا (۱۲ اگرین بیریم سلفیٹ جو ۰۰ ۵ سی سی، مارنک کے مالٹیڈ ملک یا چھاچھ میں معلق ہو) یا غیر شفاف حقنہ (59) کے بعد لاشعاعوں سے تشخیص کی جاتی ہے۔ اسوقت جبکہ قولون ماؤف ہوا اس حصہ کے خاکہ کا مسطرنا ہموار ہوتا ہے (شکل ۹۴، ب)، اور طبعی تا جکوں (haustra) کے درمیان کا انقطاع محسوس ہوجاتا ہے (ل)۔ اس کے بعد دوسرا مرحلہ عطفوں کا بننا ہوتا ہے، اور غالباً اس کا سبب معدہ زکیتی تمدد ہے (ج)۔ جب عطفے میں براری اجتماع ہوتا ہے تو وہ ایک حصاۃ البراز (stercolith) بنا دیتا ہے، بیریم اُسے صرف جزءً پُر کرتا ہے، لہٰذا وہاں ایک پیالہ نما چھائیں ہوتی ہے، جو تا جک کے منقبض ہونے پر حرکت کرتی ہے (د)۔ اور ممکن ہے کہ وہ گردن کے قوی انقباض سے قولون کے کہف سے بالکل بے تعلق ہوجائے (ہ) (بیرا ملاحظہ ہو صفحہ ۲۹، دے صفحہ 370)۔

التہابِ عطفہ

(diverticulitis)

عطفیت بلا کسی علامت کے سالہا سال جاری رہ سکتی ہے، لیکن التہابِ عطفہ کسی وقت بھی نمودار ہوسکتا ہے۔ اس کی اوّلین لاشعاعی امارت عطفہ کی گردن پر ظاہر ہوتی ہے، کیونکہ اسی نقطہ پر دررَیزش واقع ہوتی ہے۔ تا جک مزید انکشاف ظاہر

کرتی ہے، اور ساتھ ہی زاویہ متداخلہ کند ہوجاتا ہے (س)۔سب سے زیادہ ممیز یہ واقعہ ہے کہ تاچکوں کی طبعی حرکت کا، جو سلسلہ وار فلموں سے ظاہر ہوتی ہے، بالکل امتناع ہوجاتا ہے۔بعض اصابتوں میں یہ عطفے التہابی دبازت کی وجہ سے بے تعلق ہوجاتے ہیں (ع)۔یا اُن کی گردنیں اِسقدر چوڑی ہوجاتی ہیں کہ جنہیں ۷ کی شکل کی ہوجاتی ہیں (ص، ط) اور ف کے مقام پر ایک انتہائی انطماسی درجہ دکھلایا گیا ہے، جو لیفی بیش تکوین کی وجہ سے واقع ہوگیا ہے۔دوسرے تغیرات جو عطفوں کو ماؤف کرسکتے ہیں یہ ہیں :۔(ا) تقیح۔(ب) انثقاب اور التہاب بارلیطون (ج) قرب وجوار کے اعضاء کے ساتھ ناسوری ارتباط۔(د) عطفے کا مڑوڑا جانا جس سے اُس کی تخنیق واقع ہوجائے۔(ہ) سرطان کا ثانوی طور پر نمو یاب ہوجانا۔

التہابِ عطفہ کے علامات خفیف قسم کے التہاب کے ہوتے ہیں جو بڑی آنت میں، اور عموماً بائیں طرف شکم کے زیریں حصے میں ہوتا اور متصلہ ساختوں میں پھیل جاتا ہے۔اکثر شکم میں بے آرامی اور اس سے کمتر بار درد ہوتا ہے، جو بالعموم غذا کے ساتھ غیر متعلق ہوتا ہے اور ناف کے قریب یا اُس کے نیچے لیکن بالخصوص بائیں حرقفی حفرے میں واقع ہوتا ہے، اور بارہا وقفے دار ہوتا ہے۔ممکن ہے کہ وہ کھنچاؤ کے احساس اور درد پشت کی شکل اختیار کرلے۔عام ریحیت اور تمدد کا احساس عموماً بیان کئے جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ علامات صرف یہی ہوں۔فی الحقیقت یہ بھی ممکن ہے کہ التہابِ عطفہ کی ایک ترقی یافتہ حالت موجود ہو اور اُس کے ساتھ کسی قسم کی شکایت نہو۔قبض، اجابتوں کی بیقاعدگی، اسہال، یا ناتمام تفریغ کا احساس اکثر موجود ہوتا ہے۔مثانہ کی ماؤفیت کی مثالوں میں ممکن ہے کہ تبول بار بار ہو، اور بعض اوقات وہ پاخانہ ہوجانے کے بعد، درد کے ساتھ ہو۔یا پہلے تبول بلا درد ہو اور بعد میں درد ہو۔باستثناء بہت موٹے اشخاص کے، بائیں حرقفی حفرے میں ایک گلمہ شکل رسولی محسوس کی جاسکتی ہے، جو بعض اوقات الیم ہوتی ہے لیکن ہمیشہ نہیں۔ممکن ہے کہ اِس میں حاد التہاب پیدا ہو، اور اُس سے مریض کو تپ اور رعشے ہوجائے۔بعض اوقات التہاب عطفہ قولون کے دوسرے حصوں میں ہوجاتا ہے۔نزف براہ معاء مستقیم عموماً نہیں ہوتا۔بالعموم التہابی ضرر غشائے مخاطی کے باہر

شکل ۹۴ - ا - نیچے طبعی تاچکیں ہیں اور اوپر پیش علقی حالت کی چھوٹی چھوٹی چکتیاں۔
ب - پیش علقی حالت کے رقبے آنت کے محیط کو متاثر کرتے ہیں اور ظاہر حلقتی تنگی پیدا کر دیتے ہیں۔
ج - آنت کا وہی ٹکڑا (جو کہ ب میں ہے) علاج کے بعد - تنگی بالکل نہیں ہے -
بے قاعدگیاں، جو کہ پیش علقی حالت کا ماتبقی ہے - نیز چھوٹی چھوٹی جیبوں کی تکوین -
د - بڑا احصاۃ البراز بردار علقہ - نقطہ دار خط، دوران ارتخاء میں اسکی وضع کو ظاہر کرتا ہے - مسلسل خاکہ (جو کہ ایک سیکنڈ بعد ایک سلسلہ وار فلم پر حاصل کیا گیا) ایک تاچک کا انقباض ظاہر کرتا ہے -
س - یہ بھی سلسلہ وار فلموں پر لی گئی ہے اور تاچک کا اعظم انقباض ظاہر کرتی ہے -

ص - علقہ کی گردن پر زاویہ متداخلہ کا کند ہو جانا - ص - معوی دیوار کی نہایت دبازت - علقی گردیں کھل گئی ہیں - ط - اس امر کی شہادت کہ التہابی تغیرات مقابل کی دیوار تک پھیل گئے ہیں - ع - علقات کا آنت کے درونہ سے بے تعلق ہو جانا - ف - یہی اصابت ۴ سال کے بعد ترقی یافتہ التماسی درجہ ظاہر کرتی ہے - باستثناء د اور س کے باقی شکلوں میں نقطہ دار خط، باریطونی سطح ظاہر کرتا ہے -

واقع ہوتا ہے۔

پیچیدگیوں کے باعث بھی علامات پیدا ہو سکتے ہیں۔ جب تقیح واقع ہو جاتا ہے تو بائیں حرقفی حصرے میں، صرف شکم کے بائیں جانب پر، التہاب زائدہ جیسا حاد التہابی احلال ہو سکتا ہے۔ التہاب عظمہ معوی سُدد پیدا کر سکتا ہے۔ ناسوروں کے بننے یا انشقاب ہونے کے باعث علامات پیدا ہو سکتے ہیں۔

انذار - طفیف اور التہاب ملفہ دونوں کے ابتدائی مرحلوں میں انذار اچھا ہوتا ہے، بشرطیکہ مناسب علاج اختیار کیا جائے۔

علاج - عفونی مراکز کو خارج کر دینا چاہیئے۔ غذا سادہ ہونی چاہیئے اور اُس میں پھل اور سبزیاں بکثرت موجود ہوں۔ کھانا باقاعدگی اور پابندیٔ اوقات کے ساتھ کھانا چاہیئے۔ پاخانہ صاف ہونے کے لئے پیرافین استعمال کی جاتی ہے، اور پاخانہ کے لئے پابندیٔ اوقات کی عادت ڈالنی چاہیئے۔ ہر تیسرے دن طبعی مالح سے قولون کی تغسیل کرنی چاہیئے۔ روغن زیتون (olive oil) کے حقنے بھی مفید ہوتے ہیں۔ بہترین یہی ہے کہ مسہلات سے احتراز کیا جائے، اور مالک کرانے کی ہدایت ہرگز نہ دینی چاہیئے۔ مختلف پیچیدگیوں کا علاج جراحی سے کرنا چاہیئے۔

376

آنت کا تدرن، نو بالیدیں اور آتشک

(TUBERCLE, NEW GROWTHS AND SYPHILIS OF INTESTINE)

درنہ - آنت کا تدرن سِل ریوی میں ہونے کے علاوہ، علیحدہ بھی ہو سکتا ہے، بالخصوص بچوں میں، جن میں سرایت اکثر دودھ سے منتقل ہو جاتی ہے۔ دونوں صورتوں میں ضررات بالخصوص لفائفی کی تہ پیر کی چکتیوں میں، اور لفائفی اور قولون کی منفرد جرابوں میں واقع ہوتے ہیں۔ تدرنی عمل بھی ویسا ہی ہوتا ہے جیسا کہ دوسرے مقامات میں، یعنے خلوی تکاثر، تجبن، تنخر، اور تقرح۔ اور لفائفی کے قرحے بہت وسیع ہو سکتے ہیں، اور وہ گول یا بیضوی ہوتے ہیں، اور اکثر اوقات آنت کے گرد عرضاً جاتے ہیں نہ کہ اس کے طول میں۔ اُنکی سطح ہموار اور کوریں دبیز ہوتی ہیں، اِس سطح سے متناظر مصلی

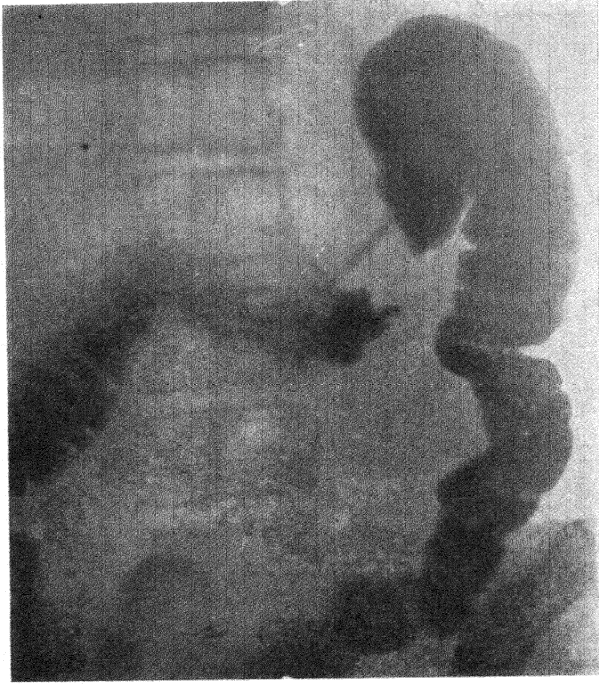
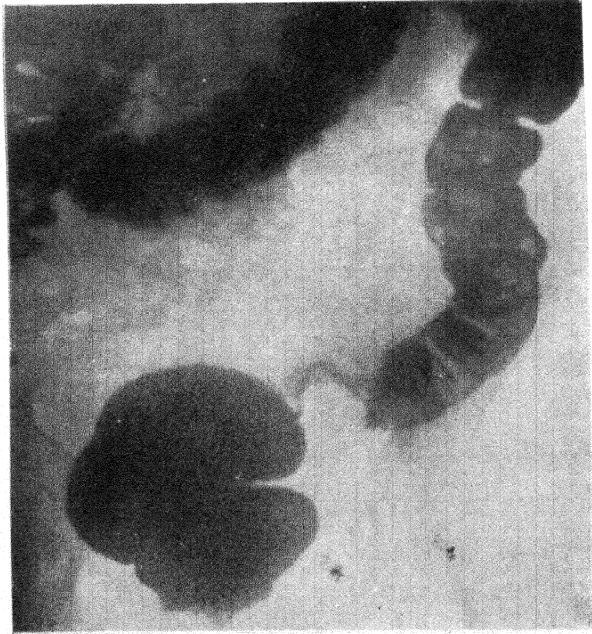
سطح عموماً چند چھوٹے چھوٹے سپید ورنے پیش کرتی ہے۔ متلازم علامات تپ اور اسہال ہیں۔ پاخانے عموماً کثیر المقدار، پولٹس جیسے اور چربی دار ہوتے ہیں اور ان کا رنگ زرد ہوتا ہے۔ بعض اوقات وہ زیادہ مائع اور پھر بھی زرد ہوتے ہیں، اور اگر شکم متمدد ہو تو ممکن ہے کہ ٹائیفائیڈ بخار سے قریبی مشابہت پیدا ہو جائے۔ نزف اور انثقاب شاذ ہوتے ہیں۔ علاج بیان کیا جا چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 175)۔ ناسور مبرزی (fistula in-ano) ملاشہ بعض اوقات درنی الاصل ہوتا ہے۔

نوبالیدیں ۔ آنت کی رسولیاں بالخصوص یہ ہوتی ہیں :۔ غدی سلعہ اور سرطان، اور شاذ ملمی لحمی سلعہ۔ سرطان سب سے زیادہ کثیر الوقوع اور اہم ہے۔

اثنا عشری کے سرطان کو شیرن (Sherron) نے ماؤف شدہ حصہ کے لحاظ سے حسب ذیل تقسیم کیا ہے :۔ وہ جو صفراوی حلیمہ سے اوپر واقع ہو، اسے فوق الانتفاخی (supra-ampullary) کہتے ہیں۔ وہ جو خود حلیمہ میں واقع ہو، انتفاخی (ampullary) ہے۔ اور وہ جو نیچے واقع ہو، اسے تحت الانتفاخی (infra ampullary) کہتے ہیں۔ بہر حالت میں یہ ایک شاذ مرض ہے لیکن انتفاخی قسم اہم ہوتی ہے، کیونکہ اس صورت میں رسولی مشترک صفراوی قنات کو مسدود کر دیتی ہے، اور اگرچہ درد نہیں پیدا کرتی تاہم گہرا یرقان اور لاغری پیدا کر دیتی ہے۔ تحت الانتفاخی سرطان تیسرے حصے میں زیادہ عام ہے۔ ان اصابتوں میں قئے میں ہمیشہ صفرا اور بانقراسی رس موجود ہوتا ہے۔ آخر الذکر کی موجودگی اس طرح ظاہر ہو سکتی ہے کہ اگر مقطر قئے میں چند گرین سوڈیئم بائی کاربونیٹ ملا دیں تو اس میں فائبرین ہضم ہو جائے گی۔ صائم اور لفائفی میں شاذ ہی رسولیاں پائی جاتی ہیں۔ غیر خبیث رسولیاں اکثر ڈنڈی دار ہوتی ہیں اور ان سے انغماد الامعا پیدا ہو سکتا ہے۔ بلانڈ سٹن (Bland Sutton) بتلاتا ہے کہ لفائفی اعوری انصال کے مقام کی بعض رسولیاں جنہیں سرطانی سمجھا گیا در اصل بیش تکوینی درنی تودے تھیں، جو آنت کی مسدودی پیدا کر دینے کی وہی قابلیت رکھتے ہیں جیسی کہ ایک سرطان۔ دونوں صورتوں میں ضروری علاج استیصال ہی ہے۔

سرطان، حصہ ۔۔۔ آنت

خاص کر اعور، حوضی قولون اور معائے مستقیم کو ماؤف کرتا ہے، اور اس سے کم تر قولون کے دوسرے حصوں کو۔ سریری لحاظ سے قولونی سرطان دو طرح کا ہوتا ہے، جس کا انحصار اس پر ہوتا ہے کہ آیا وہ ایک حلقہ نما بالیدہ ہے جو ابتدائی درجہ ہی میں تسدد پیدا کر دیتی ہے یا ایک منتظر بالید جو تسدد دیر سے پیدا کرتی ہے۔ ابتدائی درجوں میں ممکن ہے کہ مریض کھانا کھانے کے بعد شکم میں بے آرامی اور قولنجی درد محسوس کرے اور ساتھ ہی قراقر بھی ہو۔ اجابتوں میں بیقاعدگی ہوتی ہے، لیکن اعوری بالیدوں کا کسیقدر ممیز خاصہ اسہال ہوتا ہے، اور حوضی اور قولونی بالیدوں کا ممیز خاصہ قبض۔ آخر الذکر میں ممکن ہے کہ اسہال کا ذب (spurious diarrhœa) ہو یعنے بالید کی خراش کی وجہ سے بار بار چھوٹے چھوٹے سیال دست، کا نکھنے یا آ نیر کے ساتھ آتے ہیں۔ براز میں خون موجود ہوتا ہے، جس کا بڑی مقدار میں ہونا ضروری نہیں۔ ہیماٹین (hæmatin) کی موجودگی اور ہیماٹو پارفرین (hæmato-porphyrin) کی غیر موجودگی سے ظاہر ہوتا ہے کہ قولون کے زیرین حصے میں ادما ہوا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 330)۔ عتائی یا آؤن دار قسم میں مخاط عموماً پائی جاتی ہے اور ممکن ہے کہ تھوڑی پیپ بھی ہو۔ شکلی جس سے ممکن ہے کہ ایک سخت مدور یا گرہی ڈلا ظاہر ہو، اور ممکن ہے کہ انگلی سے ہم نو بالید کے ایک تودے کو پہچان سکیں جو مبرز سے قریب ہی معائے مستقیم کے راستہ کو روک رہا ہو۔ تاہم ہر مشتبہ اصابت میں سگمائیڈ بین استعمال کرنی چاہئے، کیونکہ اس سے حوضی قولون کی بالید شناخت کیجا سکتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 370)۔ تشخیص کے لئے لاشعاعیں بھی استعمال کی جا سکتی ہیں۔ بیریم سلفیٹ کو گوند کے ذریعہ پانی میں معلق کرکے اس کا غیر شفاف حقنہ معائے مستقیم کے اندر داخل کیا جاتا ہے۔ اگر حقنہ کے قیف کو مبرز سے دو فیٹ اوپر رکھا جائے تو یہ آمیزہ چکر کھا کر اعور تک پہنچ جاتا اور قولون کو بالکل پُر کر دیتا ہے، بشرطیکہ مریض گہری سانس لے اور کبھی کبھی اپنی وضع کو بدلتا رہے۔ امتحان سے پہلے یہ ضروری ہے کہ قولون خالی ہو، اس کے لئے چھتیس گھنٹے پہلے روغن بید انجیر دیا جا سکتا ہے، اور امتحان کی صبح کو اور ماسبق شام کو پانی کے حقنہ کے ذریعہ مزید صفائی کی جا سکتی ہے۔ درونہ کی تنگی یا خاکہ کی بے قاعدگی سرطان کا شبہ پیدا کرتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۳۰ الف اور ب)۔ غیر شفاف غذا جسکا قولون کی راہ سے نیچے کو تعاقب کیا جائے، تشخیص میں نسبتہً بہت کم مفید ہوتی ہے۔

377

الف

ب

مستعرض قولون کا (الف) اور حوضی قولون کا (ب) سرطان جس میں نقص پری نظر آتا ہے۔ (یہ شعاع نگاشت مسٹر لنڈسے لاک نے لی ہے)

آخری درجوں میں ممکن ہے کہ مریض حاد معوی تسدد یا مزمن معوی تسدد کے علامات پیش کرے، یا ایک شکم کے ڈلے کی شکایت کرے، جو دوسرے ضررات کے ساتھ خلط ملط کیا جاسکتا ہے۔ اگر وہ اعور کو ماؤف کر رہا ہے، تو ممکن ہے کہ وہ مزمن التہابِ زائدہ یا کلانی غدد سے مشابہ ہو۔ اور اگر قولون کے اندر ہو تو کلائی گردہ، التہابِ عطفہ، کلانی مرارہ سے، یا اگر او رطی کے اوپر واقع ہو تو ایک انورسما سے۔

علاج جراحی ہوتا ہے، اور اِنذار ابتدائی درجوں میں اچھا ہوتا ہے نا قابلِ عملیہ اصابتوں میں عمیق لاشعاعی علاج (deep X-ray therapy) آزمایا جاسکتا ہے۔

قولون اور معاء مستقیم کی سعدانہ نما بالیدیں یعنی غُددی حُلَیمی سلعات شستوسومیت میں واقع ہوتے ہیں۔

معاء مستقیم کے التہابی تضیقات۔ آتشک قارِ غذائی کو بلعوم اور معاء مستقیم کے درمیان شاذ ہی ماؤف کرتی ہے، لیکن بعض اوقات وہ آخرالذکر مقام پر تضیق پیدا کر دیتی ہے۔ تحت المخاطی بافت میں صمغیے بن جاتے اور ثانوی التہابی تغیرات کے باعث ندبی انقباض پیدا کر دیتے ہیں۔ نیز سوزاک سے، اور نسبتہً شاذ اصابتوں میں تدرن سے بھی تضیق پیدا ہو سکتا ہے (48)۔ یہ دونوں صنفوں میں مساوی طور پر ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ اِن کا کوئی علم نہ ہو حتیٰ کہ تضیّق کے علامات مشاہدے میں آئیں اور اُنگلی سے امتحان کرنے پر تنگی شناخت میں آجائے۔

معوی تسدّد

(INTESTINAL OBSTRUCTION)

آنت کئی طریقوں سے مسدود ہو سکتی ہے جو یہ ہیں:۔ (۱) اجسام غریبہ۔ (۲) انغماد الامعا۔ (۳) معوی دیواریں تغیرات ہونا، جیسے کہ تضیقات مندمل شدہ قروح سے، یا خبیث بالیدوں سے۔ (۴) فتلتہ الامعاء۔ (۵) تخنیق ہونا بندوں کے ذریعہ یا روزنوں کی راہ سے۔ (۶) قطریہ کا گھٹ جانا آنت پر جرح کی وجہ سے، یا مختلف طرح کے بیرونی ضغطہ کے باعث۔

اجسامِ غریبہ ۔ آنتوں کو مسدود کرنے والے اجسامِ غریبہ میں سے بعض یہ ہوتے ہیں ا۔ پھلوں کی گٹھلیاں، کنکریاں، سکے، گولیاں، الپینیں، سوئیاں، خلافات اور مصنوعی دانت ۔ نباتی ریشوں، اُون، یا جَئے کی بھوسی کا باہم گولا بنجانے سے بھی بعض بڑے تودے بنجاتے ہیں ۔ اِس قسم کے اجسامِ غریبہ بالخصوص مجنونوں میں پائے جاتے ہیں ۔ کبھی کبھی ایک بڑا سنگ صفرا مہلک تسدد کا سبب ہوجاتا ہے یا وہ کم وبیش دقت کے بعد براز کی راہ سے خارج ہوجاتا ہے ۔ براز کے سُدے بھی مجتمع ہوسکتے ہیں اسطرح جسطرح کہ قبض کے بیان میں تذکرہ کیا گیا ہے، اور یہ معاءِ مستقیم یا قولون میں ایک خطرناک کاوٹ پیدا کردیتے ہیں ۔

اِنغماد الامعا (intussusception) ۔ یہ مخصوص صعات پیش کرتا ہے، چنانچہ اِس پر علٰحدہ غور کرنا مناسب ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 380) ۔

تضیقات (strictures) ۔ یہ چھوٹی اور بڑی دونوں آنتوں میں واقع ہوتے ہیں ۔ یہ یا تو قروح کے ندبوں کے انقباض سے، یا نو بالیدوں سے پیدا ہوجاتے ہیں، اور گاہے ماہے معوی دیواروں میں درنی دریزش کی وجہ سے بھی ۔ کبھی کبھی ایسی سادہ رسولیاں بھی، جیسے کہ عدّی رسولی یا لیفی رسولی، معوی تسدد پیدا کردیتی ہیں ۔

فتلۃ الامعاء (volvulus) ۔ اِس اصطلاح سے یہ مُراد ہے کہ آنت خود اپنے اوپر اِسطرح مروڑی جائے کہ جس سے وہ "مخنوق" ہوجائے، بالفاظِ دیگر مروڑ کی وجہ سے جو دباؤ پڑتا ہے وہ آنت کے چنبر سے وریدی خون کی واپسی کو روکنے کے لئے تو کافی ہوتا ہے مگر اُس کی شریانی رسد کو روکنے کے لئے کافی نہیں ہوتا لہٰذا مثلاً نزف اور گنگرین پیدا ہوجاتی ہے ۔

تخنیق، بندوں کی وجہ سے اور روزنوں کی راہ ۔ امعا تول کے

378 اِس گروہ کو اندرونی مخنوق فتق (internal strangulated hernia) کہہ سکتے ہیں ۔ آنت کا ایک چنبر (عموماً لفائفی) ایک روزن، جیسے کہ سوراخِ ونسلو (foramen of Winslow) میں سے پھسل کر نکل آتا ہے، اور جب سوراخ کا حاشیہ اُس کی گردن کو پکڑ لیتا ہے تو مخنوق ہوجاتا ہے ۔ لیکن بسا اوقات یہ حلقۂ خانق اس انضمامی بند سے بنتا ہے جو شکم کے ایک حصہ سے دوسرے حصہ تک پھیلتا ہے اور جسکے نیچے سے

آنت کا چنبر گذر جاتا ہے۔ تسدد کی اس قسم کا ایک کثیر الوقوع سبب وہ پیدائشی غیر طبعی حالت ہے، جسے عطفۂ میکل (Meckel's diverticulum) کہتے ہیں۔ یہ لفائفی کی ناچسپیدہ جانب سے نکلا ہوا ایک انگشت نما زائدہ ہے، جس کا طول ۲ تا ۴ انچ اور قطر ½ تا ¾ انچ ہوتا ہے۔ یہ سرّی ماساریقی قناۃ (omphalo-mesenteric duct) کا (حمل کے ذریعہ سے ابتدائی غذائی کسال نالیہ زردی کے ساتھ ارتباط حاصل کرتی ہے) باقی ماندہ حصہ ہے۔ یہ لفائفی سے اس نقطہ پر نکلتا ہے جو عموماً ۱۸ تا ۴۲ انچ فاصلہ پر ہوتا ہے، اور اس کی اندھی انتہا عموماً آزاد ہوتی ہے لیکن ممکن ہے کہ وہ ایک لیفی بند کے ذریعہ ناف کے مقام پر شکم کی اگلی دیوار کے ساتھ، یا ماساریقا کے ساتھ، یا کسی دوسرے نقطہ پر باریطونی سطح کے ساتھ چسپاں ہو جائے۔ ایسی صورت میں ایک حلقہ بن جاتا ہے جس کے اندر سے آنت کے ایک چنبر کا گذر کر مخنوق ہو جانا ممکن ہے۔

انضغاط اور حصر۔ اس گروہ میں ذیل کی حالتیں شامل ہیں:۔ حادثے جو ایک منفرد بند کے جر کے باعث ہو۔ انضمامات جو آنت کو دبا کر بجکا دیں۔ اور آنت کے متعدد دلچھوں کا باہم چپک جانا۔

امراضیات۔ حاد تسدد معوی کی مہلک اصابت میں مقام تسدد سے اوپر کی آنت بہت متمدد اور اس سے نیچے کی آنت ہبوط اور خالی پائی جاتی ہے۔ یہ تمدد تنگی کے عین اوپر شروع ہوتا ہے اور آنت کو تسدد کی شدت یا مدت کے لحاظ سے کم و بیش فاصلہ تک ماؤف کر دیتا ہے۔ مثلاً سگمائیڈ کے تسدد میں سارا قولون اور چھوٹی آنت کا بہت سا حصہ ماؤف ہو جاتا ہے۔ لفائفی کے تسدد میں چھوٹی آنت متمدد اور قولون بچکا ہوا ہوتا ہے۔ متمدد اوپر والے حصے میں برازی مادے کی کچھ مقدار ہوتی ہے، جس کا رنگ ہلکا بھورا یا زردی مائل بھورا، اور قوام یکساں طور پر گاڑھا سیال ہوتا ہے۔ تسدد خواہ چھوٹی آنت میں ہو یا بڑی آنت میں یہی صورت حالات پائی جاتی ہے۔ مزمن اصابتوں میں ممکن ہے کہ متمدد آنت بوجہ اُن مساعی کے جو وہ تسدد کو دفع کرنے کے لئے کرتی رہتی ہے، بتدریج بیش پرورده ہو جائے۔ بالآخر ممکن ہے کہ اوپر کے متمدد حصے میں آنت کی طاقت جواب دیدے، اور نام نہاد برازی قرحے (stercoral ulcers) بن جائیں، اور ان میں سے

بعض انثقاب پیدا کردیں۔ حاد تخنیق میں دوران خون میں راست مداخلت ہونے کے باعث، تنگی کے مقام پر اِغثاث واقع ہوسکتا ہے۔

مسلسل معوی تسدد ایک مہلک مرض ہے، اور مقام تسدد جسقدر زیادہ بلند واقع ہو وقوع موت اُسیقدر سریع تر ہوتا ہے۔ حیاتی کیمیائی تغیرات جو ایک حساسیتی حملہ کے تغیرات سے کسی قدر مشابہ ہوتے ہیں، موجود ہوتے ہیں۔ (ملاحظہ ہو صفحہ 138)، یعنے خون میں غیر پروتینی نائٹروجن اور بائی کاربونیٹ کی زیادتی اور اس کے ساتھ قلوی دمویت اور تقلیل کلورائڈ (جو غائب ہوکر بافتوں کے اندر چلاجاتا ہے)(61)۔ اور ناگہانی پروتینی تفرق یا پروتینی صدمہ کی وہی توجیہ اس پر بھی صادق ہوسکتی ہے۔ یہ رائے بھی پیش کی گئی ہے کہ عصیۂ ویلچی (B. Welchu) کا غیر معمولی نکاثر اور ساتھ ہی چھوٹی آنت سے سم کا انجذاب واقع ہوتا ہے۔ یہ پروتینی تفرق کو شروع کرسکتا ہے۔ ضد سم کے اشراب کے اچھے نتائج مندرج ہوئے ہیں (62)۔ دوسری رائے یہ ہے کہ آنت کے اندر صفرا کی موجودگی ایک ضروری شئے ہے، اور اِس میں رکاوٹ پیدا ہوجاتی ہے۔ صفراء کے مستقیمی اِشراب کے بھی اچھے نتائج بیان کئے گئے ہیں (63)۔

حاد تسدد کے علامات۔ ایک بند سے تخنیق ہوجانے کی صورت میں مریض کو یکایک شدید دردِ شکم ہوجاتا ہے، جو عموماً ناف کے قرب وجوار میں ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ چلتا پھرتا ہو، یا کھانا کھا رہا ہو، یا نیند سے بیدار ہوجائے۔ پھر مریض قئے کرتا ہے۔ مبرز کی راہ سے نہ تو پاخانہ نکلتا ہے نہ ریح خارج ہوتی ہے۔ قئے جو پہلے معدی ہوتی ہے اور پھر صفرادی، بالآخر برازی ہوجاتی ہے۔ مریض پر اِس کا اثر بہت اندیشہ ناک ہوتا ہے۔ ہبوط جلد ہی شروع ہوجاتا ہے۔ چہرہ ستا جاتا ہے، آنکھیں سیاہ ہوکر اندر بیٹھ جاتی ہیں، نبض صغیر وسریع ہوتی ہے، اور تپش طبعی یا تحت الطبعی درجہ پر۔ زبان خشک ہوجاتی ہے، اور تشنگی مسلسل ہوتی ہے۔ شکم کا تمدد عموماً بعد کی اَمارت ہے، اور تسدد کے مقام وقوع کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔ اگر تسدد چھوٹی آنت کے بالائی حصے میں ہے تو ممکن ہے کہ شکم چپٹا ہو یا ناف سے اوپر صرف اُس کا بالائی حصہ متمدد ہو۔ اگر لفائفی کا زیریں حصہ یا بڑی آنت

379

مختنق ہے تو تمدد نسبتۃً جلد ہی پیدا ہو جاتا ہے اور شکم یکساں طور پر بڑا ہو جاتا ہے۔ ایلیمیت عموماً تاخیر کے ساتھ یعنے تمدد نمودار ہونے کے بعد پیدا ہوتی ہے۔ اگر یہ حالت دفع یا درست نہ ہوئی تو خستگی یا حاد باریطونی التہاب سے (جس کی خاص علامت ایک عام منتشر ایلیمیت ہے) موت واقع ہو جاتی ہے۔ مدتِ مرض چار تا چھ روز ہے۔

جب آنت مسدود ہوتی ہے، مگر مختنق نہیں ہوتی، تو مرض کی ابتدا، نسبتۃً زیادہ تدریجی اور غیر محسوس طور پر ہوتی ہے۔ درد وقفوں کے ساتھ اور کم شدید ہوتا ہے۔ برازی قئے اور تمدد تاخیر کے ساتھ ہوتے ہیں، اور دیوارِ شکم ڈھیلی اور نرم ہوتی ہے۔

سنگ صفراء سے تسدد ہونے کے باعث جو علامات پیدا ہوتے ہیں وہ اکثر ممیز ہوتے ہیں۔ اثنا عشری میں تقرح ہو جانے کے باعث اور ازاں بعد سنگ صفراء سے اثنا عشری کے تسدد کے باعث پہلے وہ حاد ہوتے ہیں۔ خون کا اخراج یا خون کی قئے ہوتی ہے۔ پھر جب سنگ صفرا چھوٹی آنت میں سے گذرتا ہے تو علامات غائب ہو جاتے ہیں، لیکن اگر سنگ صفرا لفائفی اعوری مصراع کے مقام پر رک گیا تو علامات ایک دو روز میں پھر حاد طور پر نمودار ہو جاتے ہیں۔

مزمن تسدد کے علامات۔ مزمن تسدد میں، جیسا کہ وضی قولون یا قولون نازل کے مرض خبیث کے باعث ہو جاتا ہے، ابتداءً علامات صرف براز کے گذرنے میں متوسط درجہ کی رکاوٹ پر دلالت کرتے ہیں کسیقدر مقامی درد اور گاہے گاہے قئے ہوتی ہے، جو ادخال غذا سے کوئی خاص تعلق نہیں رکھتی۔ قبض بتقاعدگی کے ساتھ ہو جاتا ہے، لیکن وہ منفقات سے رفع کیا جا سکتا ہے۔ قبض وقتاً فوقتاً نہایت تکلیف دہ ہوتا ہے، قئے زیادہ بار بار ہونے لگتی ہے مگر پھر بھی برازی نہیں ہوتی، شکم بہت متمدد ہو جاتا ہے، اور آنت کے بیش پرورده لچھے حرکات دودیہ کے وقت شکم کی سطح پر سے نظر آنے لگتے ہیں۔ حرکتِ دودی کے ساتھ گڑگڑاہٹ کی آوازیں یا قراقر سنائی دے سکتے ہیں۔

ممکن ہے کہ وقتاً فوقتاً چند سیال دست آ جائیں، اور مائع براز کی کئی بڑی تفریغیں ہو جائیں، جس سے شکم کی گنجائش جلد ہی کم ہو کر طبعی ہو جاتی ہے، اور تمام علامات میں آرام ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ واقعات کا یہ سلسلہ ایک سے زائد بار

رونما ہو، لیکن پھر ایسے ہی کسی حملہ میں تسدد کامل ہوجاتا ہے اور وہ حاد علامات، جو اوپر بیان کئے گئے ہیں، نمودار ہوجاتے ہیں۔

محلِ تضییق۔ چھوٹی آنت اور بڑی آنت کے تضییقات کے درمیان ذیل کے فروق نوٹ کرنے کے قابل ہوتے ہیں:۔ اول الذکر میں قئے جلد شروع ہوجاتی ہے، اور زیادہ تر ادخالِ غذا سے پیدا ہوتی ہے۔ آخر الذکر میں، جیسا کہ پہلے بیان کیا جاچکا ہے تمدد نسبتہً زیادہ ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ تضییق یا بالبد مبرز کے قرب میں ہونے کی وجہ سے پاخانوں کی شکل میں تغیرات پیدا ہوجائیں، اور وہ فیتہ نما ہوں۔ تاسیر بھی بارہا موجود ہوتی ہے۔ جب تمدد بالخصوص قولون کو ماؤف کرتا ہے تو متمدد قولون صاعد و نازل اور قولون مستعرض کی وجہ سے (جو درمیان میں سے نیچے کی طرف جھکتا ہے اور دوسرے دو لچھے بناتا ہے) آنت کے متعدد بڑے انتصابی لچھے نظر آسکتے ہیں۔ جب چھوٹی آنت خاص طور پر متمدد ہوتی ہے اور قولون مھبوط ہوتا ہے تو یہ متمدد لچھے شکم میں عرضاً پڑے رہتے ہیں اور اسطرح سیڑھی کا نمونہ (ladder pattern) بنا دیتے ہیں۔

تسدد کی تشخیص۔ تمدد واقع ہونے سے پہلے حاد معوی تسدد کو استواری کی غیر موجودگی اور نسبتہً زیادہ بار بار ہونے والی قئے کی وجہ سے جو برازی ہوجانے کا رجحان رکھتی ہے، مختلف حاد شکمی آفتوں (جیسے کہ ھضمی قرحہ کے انثقاب، التہابِ مرارہ شدیدہ، حاد نزفی التہاب بانقراس، اور التہاب مرارہ اور قولنجی دردوں) (ملاحظہ ہو صفحہ 363) سے تمیز کیا جاسکتا ہے۔ جب تمدد موجود ہو تو معوی تسدد کو حاد التہاب باریطون کے آخری درجہ سے (جو کسی سبب سے ہو) تمیز کرنا چاہئے۔ حادر کود کی موجودگی کی دریافت دوبارہ پیئی حقنے چند گھنٹوں کے وقفے سے دیکر کی جاسکتی ہے۔ پہلا حقنہ نیچے کی آنت کو صاف کردیتا ہے۔ دوسرا حقنہ قبض کی موجودگی ثابت کردیتا ہے۔ معاء مستقیم کا بھی انگلی سے امتحان کرنا چاہئے۔ تسدد کی اصابتوں میں وہ اکثر خالی اور متسع، یا غبارگی یافتہ ہوتی ہے۔

دوسری حالتیں جنھیں تفرق کرنا چاہئے ماساریقی سدادین اور علقیت اور ھینوک کا پرپیورا (Henoch's purpura) ہیں اور یہ سب ایسے ہی علامات پیدا کردیتی ہیں۔ لیکن حقنہ سے عموماً کچھ خون حاصل ہوگا۔ حاد تسدد کی

مشابہت بعض عصبی الاصل یا سمی الاصل حالتوں سے ہوسکتی ہے، جن میں میکانی یا التہابی ضررات کا کوئی حصہ نہیں ہوتا۔ ان میں سے ایک حالت ہزال نخاع کے معدی مجرا امات کی ہے، جن میں درد اور قئے ہوتی ہے۔ لیکن ان میں شکم بازکشیدہ ہوتا ہے، اور قئے کیا ہوا سیال اگرچہ مقدار میں بہت زیادہ ہوتا ہے تاہم وہ میلا سبز اور پانی جیسا ہوتا ہے مگر برازی نہیں ہوتا۔ اسی مریض میں اسی طرح کے حملوں کی سرگذشت سے، اور رکبی جھٹکے اور حدقی معکوسہ نور (pupil light reflex) کی غیر موجودگی سے ہزال نخاع کی تائید ہوگی۔ دوسری حالت آغاز پذیر ذیابیطسی قوما (diabetic coma) کا حاد درد ہے، جس میں ایک سے زائد بار تقریباً عملیہ کیا جانے کو تھا مریض کو عموماً غنودگی شروع ہونے کو ہوتی ہے، اور اگر اس کے بول کو دیکھا جائے تو اس میں شکر اور ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ (aceto-acetic acid) پائے جاتے ہیں۔ یوریا دمویت کی تشخیص مشکل ہوسکتی ہے، بالخصوص اس وجہ سے کہ مماثل حیاتی کیمیائی تغیرات واقع ہوجاتے ہیں۔ لیکن اس میں قئے برازی نہ ہوگی۔ بروں شکمی فتق (extra-abdominal hernia) سے تسدد ہونے کے امکان کو فراموش نہیں کرنا چاہیے، خواہ یہ فتق اربی، فخذی، یا ساقی ہو۔

علاج۔ جب حاد معوی تسدد کی تشخیص قائم ہوجائے تو پیٹ شکم شگافی یا پیٹ کو کھول دینے کا عملیہ بلا تاخیر انجام دینا چاہیے۔ اور سبب تسدد کی تحقیق کے بعد اسے رفع کرنے کی کوشش کرنی چاہیے، یا اگر ضرورت ہو تو آنت کو تسدد سے اوپر اس کے سب سے زیادہ متمدد حصے میں سے صرف کھولکر ایک برازی ناسور قائم کردینا چاہیے۔ مارلح تصفیقات اور ۶ فیصدی ڈیکسٹروز کے مستقیمی اشرابات دئے جاسکتے ہیں اور ان سے بہت فائدہ ہوتا ہے۔ ضد ویلچ مصل (anti-Welch serum) (۸۰ مکعب سینٹی میٹر دروں عضلی راہ سے، جو حسب ضرورت روزانہ دئے جائیں) سے اور صفراء کے مستقیمی اشرابات سے علاج کا تذکرہ پہلے کیا جاچکا ہے۔ درد رفع کرنے کے لئے افیون یا مارفیا کا دینا شاذ ہی قرینِ مصلحت ہے۔ اس سے درد میں کمی ہوتی ہے اور قئے رک جاتی ہے لیکن اس میں یہ سخت قباحت ہے کہ دو اہم علامات جاتی رہتی ہیں اور مریض کی حالت کے متعلق ایک اطمینان کا ذب پیدا ہوجاتا ہے حالانکہ مرض

ترقی پذیر ہوتا ہے۔ مقامی طور پر تارپینی کمادات، یا فلالین کے ٹکڑوں کو گرم پانی میں سے نچوڑ کر اور اُن پر صبغیہ لفاح (tincture of belladonna) یا صبغیہ افیون (tincture of opium) چھڑک کر، یا پسی ہوئی اَلسی کی گرم پولٹسیں استعمال کرنے سے مزید آرام حاصل ہو سکتا ہے۔

مزمن تمدد میں، جو کہ بالخصوص تضیقات اور بالیدوں کا نتیجہ ہوتا ہے، خواہ وہ چھوٹی آنت میں ہوں یا بڑی آنت میں، غذا کے انتخاب میں احتیاط لازم ہے تاکہ ہضم باقاعدہ رہے اور معوی مشمولات تضیق کے پار بآسانی گذر جائیں۔ حقنے اور کبھی کبھی ملینات استعمال کر کے وقتاً فوقتاً تفریغ قائم رکھنا چاہیئے۔ اگر قبض نہایت سخت ہو، اور بالخصوص اگر تمدد زیادہ ہو اور قئے ہو تو علاج حاد تمدد کے علاج سے مماثل ہونا چاہیئے۔ افیون، لفاح کے ساتھ یا بلا لفاح کے دیجا سکتی ہے اور غذا صرف خفیف مقداروں میں یا براہ معاء مستقیم دیجاتی ہے، اور اسطرح جلد سکون حاصل ہوتا ہے۔ بالآخر اگر زندگی کی تطویل کرنا ہے تو عملیہ کرنا ضروری ہوگا۔

برازی اجتماعات کے لئے عموماً حقنے بڑے بڑے اور بار بار دینا کافی ہونگے، لیکن ایسے مریض کے لئے احتیاط کے ساتھ غذا، ورزش، بجلی یا ڈلک کے ذریعہ طویل عرصہ تک زیر علاج رہنا ضروری ہے، تاکہ آنت کو اُس کی ماسبق قوت دوبارہ حاصل ہو جائے۔

انغماد الامعاء

(intussusception)

اگر آنت کا ایک فلقہ، یا یوں کہیئے کہ اُس کے چند انچہ، اُس کے فوری متصل حصے کے اندر پھسل کر داخل ہو جائیں، تو وہ انغماد الامعاء کہلاتا ہے۔ یہ فی الفور سمجھ میں آجائے گا کہ اس میں باہر سے اندر کی طرف آنت کے مرکز کو جاتے ہوئے معوی دیوار کی تین تہیں پائی جانی چاہئیں، جن میں سے سب سے اندر والی تہ کو دخال تہ (entering layer) سب سے باہر والی کو گیرندہ تہ (receiving layer) یا غلاف، اور اِن دونوں کو جوڑنے والی تہ کو درمیانی تہ

(middle layer) کہہ سکتے ہیں۔ یہ ظاہر ہے کہ آنت کا کوئی بھی حصہ اپنے اوپر والے فلقہ کے اندر داخل ہو کر ایک انغماد صاعد (ascending intussusception)، یا اپنے نیچے کی آنت کے اندر داخل ہو کر انغماد نازل (descending intussusception) سا سکتا ہے۔ ہمیں عملاً ہمیشہ آخر الذکر سے ہی واسطہ پڑتا ہے۔

اِنغمادات آنت کے کسی بھی حصے میں واقع ہو جاتے ہیں، اور اُن کے نام بھی اسی لحاظ سے رکھے گئے ہیں۔ مثلاً چھوٹی آنت کے انغمادات معوی، اور بڑی آنت کے قولونی یا مستقیمی کہلاتے ہیں۔ لیکن لفائفی اور قولون کے نقطۂ اتصال پر دو قسموں کے انغمادات واقع ہوتے ہیں:۔ (۱) لفائفی اعوری، جس میں لفائفی اور اعور قولونِ صاعد کے اندر داخل ہو جاتے ہیں، لفائفی اعوری مصراع سب سے آگے بڑھا ہوا نقطہ ہوتا ہے، لفائفی دخال تہ ہوتی ہے، اور اعور درمیانی تہ کا سب سے آگے بڑھا ہوا حصہ۔ (۲) لفائفی قولونی جس میں لفائفی کا سب سے نیچے کا حصہ لفائفی اعوری مصراع کے پار مُرتکس ہو جاتا ہے، یعنے ایک معوی انغماد کا سلسلہ قولون کے اندر تک چلا جاتا ہے۔ لفائفی قولونی اِنغماد اِن مختلف قسموں میں سے شاذ ترین قسم ہے، اور لفائفی اعوری سب سے زیادہ عام ہے کیونکہ وہ تمام اصابتوں میں سے تقریباً نصف میں ہوا کرتی ہے۔

381

ایک انغماد واقع ہونے پر نہایت اہم تغیرات رونما ہو جاتے ہیں، جن کا انحصار آنتوں کی تشریحی مجاورتوں پر ہوتا ہے۔ اگر یہ انغماد کچھ بھی وسیع ہو تو ایک دبیز اُسطوانی وَرَم بنا دیتا ہے، کچھ تو اِس وجہ سے کہ آنت کی پوری گولائی میں ایک تہ کے بجائے تین تہیں موجود ہوتی ہیں، اور کچھ اِس وجہ سے کہ اِمتلا اور تہیج موجود رہتا ہے جس کی توجیہ ابھی کی جائے گی۔ آنت کی ماساریقی مجاورتوں کی وجہ سے یہ اُسطوانہ خمیدہ شکل کا ہوتا ہے، کیونکہ اُس کی اندرونی اور درمیانی تہوں کو رسد پہنچانے والے عروق اتنے ہی لمبے ہوتے ہیں کہ جتنے گیرندہ تہ کو رسد پہنچانے والے عروق، اور باوجود اِسکے اُنھیں نہ صرف اِنغماد کے کنارے تک پہنچنا پڑتا ہے، بلکہ اُس کے اندرون میں اندرونی اور درمیانی تہوں کے درمیان بھی جانا پڑتا ہے، جس سے آنت کے اُس حصے کے بالائی سرے پر کھنچاؤ پڑتا ہے۔ جوں جوں اِنغماد بڑھتا ہے وہ آنت میں

اور آگے حرکت کرتا جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ ایک لفائفی اعوری انغماد کا اندرونی اُستوانہ معاء مستقیم تک پہنچ جائے، بلکہ مبرز میں سے باہر اُبھر آئے۔ اِسکے ساتھ ہی ساتھ یہ سلعہ نسبتہً بڑا ہو جاتا ہے۔ عروق کی متذکرہ صدر ترتیب کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ وہ مضغوط اور مخنوق ہو جاتے ہیں، جس کی وجہ سے اِنغماد کی دیواروں کا امتلاء، اور اُذیما، بلکہ اُس کی مخاطی سطح سے نزف واقع ہو کر معاء مستقیم کی راہ سے خون خارج ہونے لگتا ہے۔ یہ واقعہ تشخیص مرض میں سب سے زیادہ کارآمد ہوتا ہے۔ اگر یہ حالت جلد ہی مہلک انجام کو نہ پہنچ جائے تو آنت کی تہوں میں التہابی تغیرات پیدا ہو کر اُنھیں باہم پیوستہ کر دیتے ہیں، جس سے انغماد کے آگے بڑھنے اور اِس کی ترجیع دونوں میں رکاوٹ پیدا ہو جاتی ہے۔ اور بالآخر، ممکن ہے کہ دخال اور درمیانی تہوں کی دموی رسد کی تخنیق کی وجہ سے یہ تہیں گنگرینی ہو کر انغثاث پذیر ہو جائیں، اور معاء مستقیم کی راہ سے خارج ہو جائیں۔ اگر اِس واقعہ سے پہلے دخال تہ کا بیرونی اور درمیانی تہوں کے درمیانی زاویہ کے ساتھ مضبوط انضمامی الحاق ہو چکا ہے تو آنت کی قنال عملاً پھر قائم ہو جاتی ہے، اور نتیجہ حقیقی شفایابی ہوتا ہے، اگرچہ ایسا نہایت شاذ ہی ہوتا ہے۔ اگر یہ الحاق نامکمل ہو تو اندرونی اُسطوانہ کی علٰحدگی کے بعد مہلک ماءبدری واقع ہو جاتی ہے۔

بحث اسباب ۔ معوی التہاب، اِنغماد الامعاء کا عام ترین سبب مُعِد ہے۔ بعض اوقات اِنغماد راست تضررات کے بعد پیدا ہو گیا ہے۔ بعض اوقات معوی سعدانے اور سرطانات اِس کا سبب ہوتے ہیں، اور معلوم ہوتا ہے کہ ہینا ک کے پرپیورا (Henoch's purpura) میں یہ معوی دیوار کے اندر نزف واقع ہونے کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ ہر عمر میں ہو سکتا ہے، لیکن طفلی میں بہت زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ انغماد کی فوری میکانیت کے متعلق کوئی ایسی بات نہیں کہی جا سکتی جو متعین ہو، سوائے اِس کے کہ وہ غیر منظم حرکت دودی کی وجہ سے ہوتا ہے۔

علامات ۔ حاد انغماد کا حملہ اُس تخنیق کے حملے سے غیر مشابہ نہیں ہوتا جو بندوں کے ذریعہ سے واقع ہو جائے۔ یعنی مریض یکایک دفعتہً درد میں مبتلا ہو جاتا ہے جو کم و بیش مستمر ہوتا ہے، اگرچہ یہ درد وقتاً فوقتاً زیادہ بھی ہو جاتا ہے، اور مروڑ جیسی

نوعیت رکھتا ہے۔ شیرخوار بچے میں اس کا آغاز بچہ کے چیخ اٹھنے سے ظاہر ہوتا ہے۔ متلی اور قئے بھی ہوتی ہے، لیکن قبض ابتداءً نہیں موجود ہوتا۔ اس کے برعکس عموماً اجابت ہوا کرتی ہے، اور یا تو رقیق براز یا (جیسا کہ انعماد کا ممیز خاصہ ہے) خون مخاط کے ہمراہ یا اس کے بغیر خارج ہوتا ہے۔ فی الحقیقت ۹۵ فی صد اصابتوں میں خون براہ معاء مستقیم خارج ہوتا ہے۔ اور اکثر اوقات بلا ارادہ کا نکھنا اور تمادسیر موجود ہوتی ہے۔ شکم ہمیشہ زیادہ منوترم نہیں ہوتا، لیکن امتحان کرنے پر عموماً ایک دوسرا ممیز خاصہ آشکارا ہو جاتا ہے یعنے اُس سلعہ کی موجودگی جو انعماد کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ اُسکا محلِ وقوع قدرتاً مقامِ ضرر پر منحصر ہوتا ہے۔ نسبتہً معمولی لفائفی اعوری قسم میں وہ ابتداءً دائیں پہلو میں واقع ہوتا ہے، لیکن جوں جوں انعماد زیادہ ہوتا جاتا ہے وہ ناف کے حلقے میں محسوس ہونے لگتا ہے، اور عموماً بیضوی، اُستوانی یا گُلمہ شکل ہوتا ہے اور ناف سے اوپر شکم میں عرضاً پڑا رہتا ہے۔ ازاں بعد وہ بائیں پہلو میں بائیں حرقفی حفرہ کے اندر چلا جاتا ہے، اور بالآخر اسے انگلی معاء مستقیم کے اندر محسوس کر سکتی ہے، یا وہ حقیقتہً مقعد سے باہر اُبھر آتا ہے۔ بعض اوقات کامل قبض ہوتا ہے اور ساتھ ہی بہت تمدد، اور برازی قئے ہوتی ہے۔ اور کبھی ہبوط بہ سرعت شروع ہو کر چوبیس گھنٹوں میں، یا دو سے پانچ یا چھ دنوں تک میں موت واقع ہو جاتی ہے۔ بالکل نوعمر شیرخواروں میں موت بالخصوص سریع الوقوع ہوتی ہے۔

لیکن علامات ہمیشہ اسقدر حاد نہیں ہوتے، اور درحقیقت انعماد کا ہفتوں بلکہ مہینوں موجود رہنا ممکن ہے۔ ان زیادہ مزمن اصابتوں میں آنت کی ماؤف تسدد وسعت عموماً کم ہوتی ہے، اور اُس کی قنال کامل طور پر مسدود نہیں ہوتی ہر اسطرح پاخانہ ہونا ممکن ہوتا ہے، اگرچہ اُس کے ساتھ ہی تمام یا نصف اصابتوں میں خون بھی خارج ہوتا ہے، مریض کو دورے کے ساتھ مروڑ جیسے درد ہوتے ہیں، گو یہ لازمی نہیں کہ یہ بڑی شدت کے ہوں شکم رخو ہوتا ہے، اور انعمادی سلعہ ایک اہم ممیز خاصیہ پیش کرتا ہے، یعنے ایک تغیر پذیر کثافت، چنانچہ وہ مروڑ کے دردوں کے ساتھ ہمزمان طور پر سخت ہو جاتا ہے لیکن اُن کے رفع ہو جانے کے بعد جلد ہی نرم بلکہ غیر محسوس ہو جاتا ہے۔

382

تحت الحاد اور مزمن اصابتوں کے اختتامات مختلف ہوتے ہیں ممکن ہے کہ اُن کا نتیجہ خستگی کی وجہ سے بالآخر موت ہو، یا کامل تسدد معصفئے، قبض، تمدد شکم اور مروڑی کھچوں کے۔ یا ممکن ہے کہ وہ ایک مقامی التہاب باریطون پیدا کردیں، جسکے بعد پھوڑا بنجائے یا زیادہ عمومی التہاب باریطون ہوجائے۔ یا منغمد حصہ بذریعہ غشا علیحدہ ہوجائے، اور اِسطرح معوی قنال پھر قائم ہوجائے۔

تشخیص۔ انغماد کے خاص صفات یہ ہیں: تشنجی درد، قئے، معاء مستقیم سے خون کا آنا اور ایک ایسے بیضوی یا لنبوترے سلعہ کی موجودگی جس کی کثافت لمحہ بہ لمحہ بدلتی ہو، اور جو قولون کے ممر میں اقامت گزین ہو، یا معاء مستقیم میں واقع ہو لیکن تاوقتیکہ ایک معدم حس نہ دیا جائے یہ سلعہ ہمیشہ محسوس نہیں کیا جاسکتا بالخصوص اُن شیرخوار بچوں میں جنکے شکم بہت متمدد ہوں۔ بچوں میں معوی التہاب اور سماحیہ ای اسہال کا اِس سے مشابہ ہوجانا ممکن ہے، اور بعض اوقات منقبض آنت کا ایک ٹکڑا ایک رسولی بنا دیتا ہے۔ زیادہ اکثر خون مخاط کے ساتھ مخلوط ہوتا ہے۔ ہیناک کے پرپیورا (Henoch's purpura) میں دوسرے مقام پر بھی ضررات ہوسکتے ہیں اور متعدد مفاصل کا التہاب (multiple arthritis) بھی موجود ہوتا ہے۔ بیریم کے حقنہ کے بعد لاشعاعی امتحان سے کام لیا جاسکتا ہے۔

علاج۔ حاد انغماد کے تدارک کے لئے جسقدر جلد ممکن ہو ترجیع کی کوشش کرنی چاہئیے، اور اگرچہ بعض اصابتوں کا علاج مستقیم اور قولون کے اندر سیالات کے اِشراب سے کامیابی کے ساتھ کیا گیا ہے، تاہم جراح کے لئے زیادہ بے خطر اور زیادہ یقینی طریقۂ علاج یہی ہے کہ شکم شگافی کا عملیہ کرکے احتیاط کے ساتھ جر کے ذریعہ انغماد کی ترجیع کرے۔ نسبتہً زیادہ طویل المدت اصابتوں میں ممکن ہے کہ انضمامات کی وجہ سے ترجیع ناممکن ہو۔ ایسی صورت میں تودے کے کچھ حصہ کا یا پورے تودہ کا استیصال جزئی عمل میں لانا چاہئیے۔

مزمن قسموں میں بھی جبکہ اِس ضرر کی نوعیت شناخت ہوجائے، عملیہ کردینا چاہئیے۔

ہرش سپرونگ کا مرض

(HIRSCHSPRUNG'S DISEASE)

کلانی قولون = megacolon)

یہ ایک نادر مرض ہے، جس کا خاصہ قولون کا اِتساع اور بیش پرورش ہے بہت سی اصابتوں میں اس کے علامات زندگی کے ابتدائی چند ہفتوں میں شروع ہو جاتے ہیں، دوسری اصابتوں میں ابتدائی طفلی میں، اور باقی اصابتوں میں اس سے بھی بعد ہوتے ہیں قبض سخت قسم کا اور متواتر ہوتا ہے، جس میں ایک وقت میں دو یا تین ہفتوں تک پاخانہ نہیں ہوتا شکم بے انتہا متمدد ہوتا ہے، چنانچہ اس سے سینہ پر جو دباؤ پڑتا ہے وہ بذاتِ خود ایک خطرہ ہو سکتا ہے شکم کی دیواروں میں سے قولون کے متمدد لچھے نظر آ سکتے ہیں، ان لچھوں میں حرکاتِ دودیہ نظر آتے ہیں۔ بچہ دُبلا ہو جاتا ہے، اور نسبتہً زیادہ عمر والے مریضوں میں ناقص تغذیہ اور پھیکے زرد رنگ کی جلد دیکھی جاتی ہے۔ یہ مرض سریع طور پر مہلک عمر نہیں طے کرتا، لیکن بین رو مرض اور تسمم الدم کی وجہ سے موت واقع ہو جانے کا خطرہ ہوتا ہے۔ موت کے بعد قولون اپنے معمولی قطر کی نسبت دُگنا یا تگنا متسع اور اکثر بہت مطوّل پایا جاتا ہے۔ اور طویل المدت اصابتوں میں عضلی ریشے، بالخصوص مدوّرتہ کے، بہت بیش پرورده ہوتے ہیں۔ بلحاظ اس امر کے کہ اتساع کا آغاز مبرز سے عین اوپر ہوتا ہے یا حوضی مستقیمی عوجہ سے عین اوپر، اس مرض کی اصابتوں کی دو قسمیں ہوتی ہیں، جو تقریباً مساوی طور پر عام ہیں۔ امراضیات سے متعلق نہایت قرینِ عقل رائے یہ ہے کہ اس مرض کو مری کے مزمن اتساع سے مشابہ تسلیم کرتے ہوئے، اسے مبرز یا حوضی مستقیمی عوجہ کے تسدد (عدم ارتخاء) کا ثانوی نتیجہ سمجھا جائے (64)۔

تشخیص۔ کلانی قولون اتنی غیر عام نہیں۔ لاشعاعوں کے ذریعہ آنت میں گیس کی بہت بڑی مقداریں دیکھی جاتی ہیں، جو کہ بائیں ڈایافرام کو اوپر دھکیل دیتی

اور جگر سے اوپر آ گئی ہیں۔ سگمائیڈ بین آسانی سے داخل کی جا سکتی ہے، اور ایک متسع
قولون دیکھا جاتا ہے۔ یہ ایک بیریم ملے ہوئے حقنہ سے بھی نظر آتا ہے۔

علاج۔ اس امر کی کوشش کرنی چاہیئے کہ قولون براز سے خالی رہے۔ مسہل ادویۃ
چنداں کار آمد نہیں۔ مبرزی قسم میں ایک مستقیمی نلی کی وساطت سے قولون کو روزانہ آسانی
دھو سکتے ہیں۔ آخر الذکر کو قولون کے اندر رات بھر رہنے دیا جا سکتا ہے۔ حوضی مستقیمی
قسم میں علاج اسقدر آسان نہیں ہوتا لیکن تیل یا گلیسرین کے حقنے مفید ہو سکتے ہیں۔
ممکن ہے کہ پیشوڑین (ایک مکعب سم بذریعہ اشراب) برق اور ڈلک بھی ممد ہوں۔
مبرزی عاصرہ کو متسع کیا جا سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ جراحی عملیہ کی ضرورت پڑے، جو یا تو
قولونی تعفویہ ہوتا ہے یا لفائفی قولونی تعفویہ، یا قولون کے متسع حصے کا استیصالِ کامل۔

جگر کا امتحان

جگر دائیں مراقی خطے میں، پسلیوں سے نیچے واقع ہے، اور شراسیف کے
بالائی حصے کے وار پار پھیلتا ہے۔ طبعی حالت میں وہ آخر الذکر مقام پر شاذ ہی محسوس
کیا جا سکتا ہے، اور وہاں بھی صرف اُسوقت جبکہ شکمی جداریں بہت پتلی ہوں۔
قرع کرنے سے پستانی خط میں اصمیت (کبدی اصمیت) چھٹی پسلی کے بالائی
کنارے سے لیکر ضلعی حاشیہ تک پائی جاتی ہے۔ بغلی خط میں کبدی اصمیت آٹھویں
پسلی سے، اور عظم الکتف کے زاویہ کے خط میں دسویں یا گیارھویں پسلی سے شروع ہوتی
ہے۔ جب یہ عضو بڑا ہو جاتا ہے تو وہ ضلعی حاشیہ سے نیچے نکلا ہوا ہوتا ہے اور اُس کا
زیریں حاشیہ دائیں پہلو سے بائیں ضلعی حاشیہ تک شکم کے وار پار پھیلا ہوا ہوتا ہے۔
یہ اصمیت ایک متناظر درجہ تک نیچے شکم کے اندر بھی پھیلتی ہے، لیکن چونکہ اُس کے
پیچھے آنتیں موجود ہوتی ہیں، لہذا یہ اصمیت جگر کی آزاد کور کے قریب اتنی کامل نہیں ہوتی
جتنی کہ اُس سے نسبتہً اوپر۔ سینہ کے حدود کے اندر جگر کا تداخل صرف اُسی وقت
ہوتا ہے جبکہ اُس کی کلانی (۱) عمومی کی نسبت زیادہ تر محدود المقام ہو، جیسے کہ وہ
کلانی جو سرطان، کیسہ، یا پھوڑے کے سبب سے ہوا کرتی ہے۔ یا (۲) جبکہ جگر کو

اس کے نیچے کی کوئی چیز اوپر کی طرف دھکیل دے۔

ظاہری کلائی جگر کمر کو تنگ کسنے سے، یا سینہ میں سلعات یا پلیورائی التہابی سیال کی وجہ سے پیدا ہوجاتی ہے۔ اول الذکر جگر کو انتصاباً لمبا کر دیتا ہے، آخرالذکر میں پورا جگر اپنی جگہ سے ہٹ جاتا ہے۔ جگر کا نیچے ہٹ آنا یا اُس کا سقوط مرض گلینارڈ (Glenard's disease) کے ایک جزو کے طور پر بھی واقع ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 339)۔ ممکن ہے کہ متمدد مرارہ، کبدی اصمیت کے زیریں کنارے پر ایک گلوبچہ نما اُبھار کے طور پر خطِ پستانی میں محسوس ہو۔

کبدی شریان جگر کو بہنے والے خون کا ۲۰ —— ۴۰ فیصدی بہم پہنچاتی ہے اور بابی ورید اس کا بقیہ حصہ۔ کتے کا جگر فی منٹ اپنے وزن کے ۴/۳ حصہ کے برابر خون وصول کرتا ہے۔ جگر کی حقیقی تشریحی تقسیم دو مساوی لختوں میں ہوتی ہے، اور یہ مرارہ کے قعر سے لیکر تحتانی ورید اجوف والے میزاب تک کھینچے ہوئے خط سے واضح ہوتے ہیں نہ کہ منجلی الشکل رباط سے۔ بابی ورید میں دو کم و بیش جدا گانہ دموی روئیں پہلو بہ پہلو پائی جاتی ہیں۔ بہاؤ کا رخ ماساریقی رقبہ سے دائیں لختہ کی طرف ہے، اور طحال سے بائیں لختہ کی طرف (65)۔ طحال اور جگر کو لاشعاعوں کے لئے غیر شفاف بنانے کا طریقہ یہ ہے کہ تھوریم (thorium) (تھوروٹراسٹ=thorotrast) کی ایک تجہیز کا دروں وریدی اشراب کیا جائے، جس کو شبکی دردحلمی نظام اخذ کرلیتا ہے -(66)

کبدی وظیفہ اور وظیفی کاشفات

جگر کے وظیفہ کا صحیح علم، اس تاریخ سے شروع ہوتا ہے جبکہ مان (Mann) نے کتوں کے جگروں کے استیصال کا عملیہ ایجاد کیا (67)۔ اس عملیہ کے بعد حیوان تین گھنٹہ یا زیادہ تک طبعی معلوم ہوتا ہے لیکن عضلی کمزوری کی شدید علامات کسیقدر دفعتہً نمودار ہوجاتی ہیں، اور بعد ازاں جھٹکے اور تشنجات بھی پیدا ہوتے ہیں۔ یہ قلیل شکر دمویت کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں اور شکر دیگران کو موقوف کیا جا سکتا ہے، چنانچہ حیوان کچھ مدت کے لئے دوبارہ طبعی ہوجاتا ہے۔ لیکن پھر علاج کے باوجود

زیادہ شدید علامات نمودار ہوجاتے ہیں اور حیوان توما کی حالت میں مرجاتا ہے۔ قلیل شکر دمویت اس لئے پیدا ہوتی ہے کہ جسم مسلسل شکر جلائے جاتا ہے، اور اسکے لئے جو واحد منبع رسد ہے، یعنی جگر، وہ مفقود ہوتا ہے۔ دوسرے حیاتی کیمیاوی تغیرات دموی یوریا کی کمی اور پیشاب میں امونیا اور یوریا کی کمی ہیں؛ اور امینو ایسڈز (amino-acids) میں زیادتی ہوجاتی ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ جگر میں امینو ربودگی ہوکر یوریا کی تکوین قدرتی طور پر ہوتی ہے، اور اس یوریا کا کچھ حصہ گردوں کے ذریعہ امونیا میں تبدیل ہوتا ہے۔ دموی یورک ایسڈ میں زیادتی ہوجاتی ہے، کیونکہ جگر قدرتی طور پر اس کو برباد کرتا ہے، اگرچہ آدمی میں ایسا ہونے میں کچھ شبہ ہے۔ نیز یرقان ہوتا ہے، کیونکہ طحال اور لُب کے شبکی درعلمی خلیات (نیز جگر کے کوفری خلیات = Kupffer cells) دموی صبغہ سے اِس کا حدید بردار حصہ الگ کردیکر بائلی روبین (bilirubin) بناتے ہیں۔ کبدی خلیات اس بائلی روبین کو اپنے اندر جمع کرلیتے، اور اس کا افراز صفراوی قنالچوں میں اور پھر صفراوی قناتوں میں کرتے ہیں (68)۔ یہ تمام تغیرات شدید کبدی مرض یعنی حاد تنخز اور سرطان میں وقتاً فوقتاً مشاہدہ کئے گئے ہیں۔ اس کے علاوہ، جگر سم رُبا خواص رکھتا ہے، اور دموی فائبرنوجن جس کو جگر پیدا کرتا ہے، (69) مرض کی حالت میں گھٹ کر نزف واقع ہوجاسکتا ہے، اِسیطرح مصلی کیلشیم بھی گھٹ سکتا ہے۔ ممکن ہے یوروبائلن بولیت (urobilin-uria) موجود ہو، کیونکہ طبعی حالت میں بائلی روبن قنالِ غذائی کے اندر یوروبائلن (urobilin) میں تبدیل ہوجاتی ہے؛ جس کا کچھ حصہ براز کی سٹرکوبائلن (stercobilin) کی حیثیت سے خارج ہوجاتا ہے لیکن بقیہ حصہ قنالی غذا میں دوبارہ جذب ہوجاتا اور جگر میں واپس ہوجاتا ہے جہاں وہ صفراوی صبغہ میں دوبارہ تبدیل ہوجاتا ہے۔ اگر کبدی وظیفہ میں خرابی واقع ہو تو وہ دوران خون میں نکل جاتا ہے اور گردوں کی راہ سے یوروبائلنوجن (urobilinogen) کی حیثیت سے خارج ہوتا ہے۔

طبعی جگر باز تکوین کی بہت بڑی طاقت رکھتا ہے۔ چنانچہ اگر اسکا ۷۰ فیصدی حصہ دور کردیا جائے، تو طبعی مقدار چند ہی ہفتوں میں پائی جاتی ہے۔ جگر کی بہت تھوڑی مقدار اُس کی تمام فعالیتوں کے لئے کافی ہوتی ہے، چنانچہ نمایاں تغیرات

38

جیسے کہ قلیل شکر دمویت، مرض کے نہایت ہی تشدید درجے میں پائے جاتے ہیں، اور خفیف اقسام میں نام نہاد وظیفی کاشفات کے ذریعہ، کہ جنکی ایک بہت بڑی تعداد بیان کی گئی ہے، کسیقدر غیر یقینی نتائج حاصل ہونے کا امکان ہے۔ ان میں سے جو اہم تر ہیں وہ نیچے بیان کئے گئے ہیں۔

کاشفہ بذریعہ لیو یئولوز (Lævulose test)۔ اس کاشفہ کا انحصار اس حقیقت پر ہے کہ جب لیو یئولوز غذائی قنال سے جذب ہوکر بابی دوران خون میں پہنچتی ہے تو جگر اُسے بکلیہ اخذ کرلیتا ہے اور اسی واسطے وہ نظامی دوران خون میں نہیں پہنچنے پاتی۔ اگر جگر مرضی ہو تو لیو یئولوز اُس میں اسطرح محبوس نہیں رہتی بلکہ وہ جگر کے اندر سے گذرتی ہوئی نظامی دوران خون کے اندر پہنچ جاتی ہے اور دموی شکر میں زیادتی پیدا کردیتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 462)۔ اس کاشفہ کے عمل میں لانے میں لیو یئولوز کی ۵۰ گرام کی معتاد دہن کی راہ سے لی جاتی ہے۔ دموی شکر کی تخمین اس سے پہلے، اور پھر اس کے نصف گھنٹے، ایک گھنٹے، اور دو گھنٹے بعد کی جاتی ہے۔ طبعی حالات میں ممکن ہے کہ نہایت خفیف زیادتی ہو، جو ۰۱۰ء سے کم ہوتی ہے۔ چنانچہ اگر دموی شکر ۱۰ء۰ فیصدی ہے تو ایک گھنٹے کے بعد وہ ۱۱ء۰ فیصدی سے زائد نہ ہوگی لیکن اگر جگر کے وظیفہ میں خرابی واقع ہوگئی ہے، جیسا کہ نازلتی یرقان میں یا آرسینو بنزال کے تسمم میں ہونا ممکن ہے، تو ممکن ہے کہ دموی شکر نصف گھنٹے میں ۱۵ء۰ فیصدی تک، اور ایک گھنٹہ کے اختتام پر ۱۹ء۰ فیصدی تک بڑھ جائے، اور پھر وہ بتدریج کم ہوکر معمولی درجہ پر آجاتی ہے (70)۔ دموی شکر کی زیادتی کے ساتھ ساتھ اکثر لیو یئولوز پیشاب میں بھی نمودار ہو جاتی ہے، کیونکہ گردہ اُسے بہت جلد خارج کردیتا ہے۔ اس کاشفہ کا مقابلہ خفیف ذیابیطس شکری (diabetes mellitus) کے کاشفہ سے کرنا چاہئے (ملاحظہ ہو صفحہ 464)۔ لیو یئولوز کیطرح گلاکٹوز (galactose) بھی (۴۰ گرام ۴۰۰ سی۔سی۔ پانی میں) ایک کاشفہ کے طور پر کام میں لائی جاتی ہے، کیونکہ طبعی حالت میں اس سے دموی شکر میں کوئی زیادتی نہیں ہوتی، یا زیادہ سے زیادہ ۰۲ء۰ فیصدی ہوتی ہے۔ اگرچہ بچوں میں اس سے بلند زیادتی ۱ء۰ تک پائی گئی ہے (71)۔ اس کے استعمال کے بعد کے تین گھنٹوں کے دوران میں پیشاب کے اندر

ایک گرام سے کم گلاکٹوز موجود ہوتی ہے (72) یا چھ گھنٹوں کے دوران میں ۲ گرام۔
ممکن ہے کہ کبدی وظیفہ کا بڑا نقص کارکردگی یرقان یا استسقائے شکمی کے وقوع سے ظاہر ہو جائے، جس کا بیان اب درج ہوگا۔ اس تعلق میں بعض مخصوص کاشفات موجود ہیں، یعنے وان ڈن برگ کے کاشفات (Van den Bergh's tests) صفراوی ملحات کے لئے ہے کا کاشفہ (Hay's test)، اور یوروبائلین (urobilin) کے لئے پیشاب کا امتحان (ملاحظہ ہوں صفحات 386, 509)۔

یرقان

(jaundice)

یرقان[1] سے خون کے اندر اجزاء صفراء کا دوران کرنا مراد ہے۔ زمانہ ماضی میں یہ اصطلاح صرف جلد اور مخاطی اغشیہ کی اُس زرد تلوین کے لئے مستعمل تھی جو صبغۂ صفراویہ سے ہو جاتی ہے، لیکن اب یہ وسیع تر معنوں میں مستعمل ہے اور اِسکا اطلاق اُن اصابتوں پر بھی کیا جاتا ہے جن میں خون کے اندر صفراوی ملحات تو موجود ہوتے ہیں مگر صبغۂ صفراویہ نہیں ہوتا (یہ یرقان معترف کی ایک قسم ہے)، علاوہ ازیں اُن اصابتوں پر بھی جن میں صبغۂ صفراویہ اتنی خفیف مقدار میں موجود ہوتا ہے کہ اُسکا رنگ نہیں پیدا ہوتا (یرقان مخفی)۔

علامات۔ صبغۂ صفراویہ کے رنگ کی وجہ سے جلد کی رنگت کم و بیش گہری زرد ہو جاتی ہے، ملتحماتِ چشم زرد ہو جاتے ہیں، اور مرئی اغشیۂ مخاطیہ کا قدرتی رنگ زرد رنگ کی وجہ سے صریحی طور پر ترمیم یافتہ ہو جاتا ہے۔ کہنہ اصابتوں میں جلد کا رنگ زیادہ گہرا ہو کر بالآخر اُس میں ایک سبزی مائل یا بھوری زیتونی جھلک آجاتی ہے۔ اِسے پہلے سبز یا سیاہ یرقان (green or black jaundice) کے نام سے تمیز کرتے تھے، اور اِس کی وجہ یہ ہے کہ مزمن اصابتوں میں بائلی روبین یعنے صفراء کا زرد صبغہ جلد میں تکسید واقع ہو کر بتدریج بائلی وردین (biliverdin)

[1] انگریزی لفظ jaundice، jaune سے ماخوذ ہے جس کے معنے زرد ہے۔

میں تبدیل ہوجاتا ہے۔ اس زرد رنگ کو اُن دوسرے لونی تغیرات سے ممیز کرنا چاہئے جو حالت مرض میں واقع ہوجاتے ہیں، جیسے کہ مختلف عدم دمویت (pernicious anæmia) کی حالتوں کا ترنجی زرد رنگ، ملیریائی ضعف (malarial cachexia) کا پھیکا رنگ، اڈیسن (Addison) کے مرض کا بھورا رنگ، اور وہ زرد رنگ جو ایک صبغہ کیاروٹین (carrotin) کے باعث ہوتا ہے اور سبز ترکاریاں اور گاجریں زیادہ مقدار میں کھانے کے بعد جلد میں پیدا ہوجاتا ہے۔ عموماً ملتحمہ یعنے آنکھ کی بیرونی جھلی میں رنگ کی شناخت خوب ہوسکتی ہے، لیکن بعض اشخاص میں تحت الملتحمہ شحم یعنے ملتحمہ کے نیچے چربی کے چھوٹے تودے ایسی جھلک پیدا کردیتے ہیں جو اس رنگ سے بہت کچھ مشابہ ہوتی ہے۔

اس کے ساتھ ہی پیشاب کا رنگ بھی صبغۂ صفراویہ کی موجودگی کی وجہ سے تبدیل ہوجاتا ہے۔ تھوڑی مقدار میں یہ اسے ایک شوخ زعفرانی رنگ دے دیتا ہے جو سطح پر بنے ہوئے کسی جھاگ میں بہترین نظر آتا ہے۔ اگر صفراوی صبغہ زیادہ ہے تو پیشاب کسیقدر بھورے زرد، یا زردی مائل بھورے رنگ کا، بلکہ پورٹر (porter) کیطرح سیاہ بھورے رنگ کا ہوجاتا ہے۔ اگر اس پیشاب میں کتان یا کاغذ ڈبویا جائے تو وہ شوخ زرد رنگ کا ہوجاتا ہے۔ لیکن صبغۂ صفراویہ کی موجودگی اُن کیمیائی کاشفات کے استعمال سے زیادہ یقینی طور پر ثابت کیجاسکتی ہے، جو ابھی بیان کئے جائینگے۔ جسم کے دوسرے افرازات میں سے پسینہ بعض اوقات زرد رنگ کا ہوجاتا ہے۔ دودھ پلانیوالی عورتوں کا دودھ، آنسو، اور لعاب دہن شاذ ہی رنگین ہوتے ہیں۔ دماغی نخاعی سیال عموماً رنگین نہیں ہوتا۔ یرقان کے حملہ کے آغاز و اختتام پر یوروبائلین (urobilin): جو صبغۂ صفراویہ سے مشتق ہے، پیشاب میں اکثر موجود ہوتی ہے، لیکن صبغۂ صفراویہ خود بالکل نہیں ہوتا، اور یرقانی اصابتوں کا ایک گروہ ایسا بھی ہے جس میں صبغۂ صفراویہ پیشاب کے اندر بالکل ہی غائب رہتا ہے۔ (ملاحظہ ہو بے صفرابولی یرقان)۔

یرقان کی بیشتر اصابتوں میں براز کا رنگ بدلکر سپیدی مائل یا مٹیالے رنگ کا ہوجاتا ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ یرقان کی اُن اصابتوں میں جن میں صفرا اثنا عشری تک نہیں پہنچنے پاتا، براز میں چربی کی زیادہ مقدار موجود ہوتی ہے اور یوروبائلین

نہیں ہوتی ۔ حال ہی میں یہ بتلایا گیا ہے کہ معوی ما فیہا کسیقدر ترشئی ہوتے ہیں اور چربی کا انجذاب ایک ایسے مرکب کی شکل میں ہوتا ہے جو آزاد شحمی ترشہ اور صفراوی ترشوں سے بنتا ہے ۔ نیز صفراء کی موجودگی غالباً گندیدگی کو روکتی اور معوی دیوار کے عضلی ریشوں کو متہیج کرتی ہے ۔ چنانچہ قبض اکثر موجود ہوتا ہے، اگرچہ یہ ضروری نہیں کہ وہ ہمیشہ موجود ہو ۔ جب اسہال واقع ہو تو اُسے گندیدگی وار براز کی خراش سے منسوب کیا گیا ہے ۔

یرقان میں اکثر دوسرے علامات بھی موجود ہوتے ہیں، جو خون کے اندر صفراوی ملحات کے دوران کی وجہ سے ہوتے ہیں ۔ وہ علامات یہ ہیں : (۱) بطءالقلب ۔ نبض آہستہ ہو کر فی منٹ پچاس یا چالیس ہو جاتی ہے ۔ (۲) **کھجلی** ۔ یہ اسقدر شدید ہو سکتی ہے کہ سونا غیر ممکن ہو جاتا ہے، اور لگا تار کھجلانے سے خون کی پپڑیاں، بثور، یا شری (urticaria) کے ددوڑے پیدا ہو جاتے ہیں ۔

بعض مریضوں میں منہ کا مزا کڑوا ہو جاتا ہے اور اکثر اختلالاتِ ہاضمہ واقع ہو جاتے ہیں ۔ جلد کے نیچے یا مخاطی اغشیہ سے نزفات واقع ہوتے ہیں، اور زخموں سے اوماء آسانی سے نہیں رُکتا ۔ خون کا عرصۂ ترویب طویل ہو جاتا ہے ۔ بعض مریضوں میں خطرناک دماغی علامات پیدا ہو جاتے ہیں، مثلاً ہذیان، تشنجات، اور قوما ۔ لیکن غالباً یہ ہمیشہ خون کے اندر بعض ایسے زہروں کی موجودگی کی وجہ سے ہوتے ہیں جو صفراء کے اندر کے زہروں سے علاوہ ہوتے ہیں ۔ بعض اوقات مشاہدے میں آتا ہے کہ مریض کو زرد دکھلائی دینے لگتا ہے (بصارت اصفر = xanthopsia) ۔ کہنہ مزمن یرقان کی بعض اصابتوں میں ایک جلدی مرض ہو جاتا ہے جسے سلعہ اصفر (xanthoma or xanthelasma) کہتے ہیں (ملاحظہ ہو امراضِ جلد) ۔

یرقان کے لیے سریریاتی کاشفات ۔ مصل کے اندر صبغۂ صفراویہ کے لئے وان ڈن برگ کا کاشفہ ۔ مصل کے اندر صبغۂ صفراویہ کی موجودگی ظاہر کرنے کے علاوہ، یہ کاشفہ اُس صبغہ میں جو صفراوی راستوں کے تسدد کی وجہ سے خون کے اندر محبوس ہو، اور اس صبغہ میں جو ورم پاشیدگی کی وجہ سے ہو، تفریق کر دیتا ہے ۔ اِہرلک کا ڈایازو کاشف (Ehrlich's diazo reagent) استعمال کیا جاتا ہے ۔ اِس کے اجزاء یہ ہیں : (الف) سلفنیلک ایسڈ (sulphanilic acid) ۱ گرام،

مرتکز ہائڈروکلورک ایسڈ (conc. HCl) ۱۵ سی سی، آب کشیدہ ۱۰۰۰ سی سی - اور (ب) سوڈیم نائٹرائٹ (sodium nitrite) ۰.۵ گرام، آب کشیدہ ۱۰۰ سی سی۔ ان دونوں کو استعمال سے ذرا ہی پہلے اس تناسب میں کہ (الف) کے ۲۵ سی سی کے ساتھ (ب) کے ۰.۷۵ سی سی ہوں، باہم ملالیا جاتا ہے۔ راست تعامل (direct reaction)۔ ایسے خون سے، جسے ٹھہرا رکھکر تھکّہ جم جانے دیا جائے، ایک مکعب سنٹی میٹر مصل حاصل کیا جاتا ہے اور اسے مندرجۂ بالا کاشف کے ایک سی سی میں ملا دیا جاتا ہے۔ ایک نیلگوں بنفشئی رنگ کا تعامل فی الفور شروع ہوکر دس تا تیس سکنڈ میں اپنے اعظم درجہ تک پہنچ جاتا ہے۔ اس سے تسددی کبدی یرقان ظاہر ہوتا ہے۔ اگر راست تعامل حاصل نہو تو ممکن ہے کہ ایک تعاملِ آجل (delayed reaction) ظاہر ہو، جس کا آغاز ایک منٹ کے بعد ہوتا ہے۔ یہ دَم پاشیدہ یا سمّی اور ساری یرقان کے باعث ہوتا ہے۔ دو ہیئتی تعامل (biphasic reaction) شروع تو فی الفور ہوجاتا ہے لیکن محض آہستہ آہستہ نمو یاب ہوتا ہے اور اس سے مخلوط قسم کے یرقان کی موجودگی ظاہر ہوتی ہے۔ بالواسطہ تعامل (indirect reaction)۔ اگر راست یا بلا واسطہ تعامل حاصل نہو تو ایک سی سی مصل میں ۹۶ فیصدی الکحل کے ۲ سی سی شامل کرکے اس آمیزہ کا اِمخاض عمل میں لایا جاتا ہے۔ اس صاف مایع کے ۱ سی سی میں ۰.۵ سی سی الکحل اور ۰.۲۵ سی سی کاشف کے ملا دیئے جاتے ہیں۔ ایک بنفشئی سرخ رنگ حاصل ہوتا ہے، جو تقریباً فی الفور اعظم شدت کا ہوجاتا ہے، اور اس سے دم پاشیدہ یا سمّی یا ساری یرقان ظاہر ہوتا ہے۔ یہ کاشفات کمّی طور پر بھی کئے جا سکتے ہیں (73)۔ طبعی جولانی ۰.۲ – ۰.۵ اکائی ہوتی ہے، اور اکائی یہ ہے کہ بائلی روبین ایک حصہ ۲۰۰۰۰۰ حصے میں ہو۔

قارورہ میں صبغۂ صفراویہ کے لئے کاشفات۔ ان کاشفات کی حقیقی خصوصیت یہ ہے کہ زرد بائلی روبین (bilirubin) کی تکسید ہوکر سبز بائلی وردین (biliverdin) بنجاتی ہے اور ایک سبز رنگ پیدا ہوجاتا ہے۔ بعض اعمال میں دوسرے رنگوں کی جھلک بھی عارضی طور پر نمودار ہوجاتی ہے۔ میلن کا کاشفہ (Gmelins test) حسب ذیل انجام دیا جاتا ہے:۔ ایک سپید صحفہ پر قارورہ کے چند قطرے رکھکر اس کے قریب ہی قدرے طاقتور نائٹرک ایسڈ ٹپکا دیا جاتا ہے، اور پھر ان دونوں سیالات کو

آہستہ سے ایک دوسرے کی طرف بڑھایا جاتا ہے۔ اِن کے خطِ تماس پر قارورہ کا رنگ بدل کر پہلے سبز پھر نیلا، پھر بنفشئی، پھر سرخ اور بالآخر زرد یا بھورا ہو جاتا ہے۔ رائفل (Ryffel) نے اس کاشفہ کی ایک ترمیم دریافت کر لی ہے جس سے صبغۂ صفراویہ کی نہایت خفیف مقداروں کی شناخت ہو سکتی ہے۔ قارورہ کو آمونیم کلورائڈ سے سیر شدہ بنا کر پھر آمونیا سے اُسے قلوی بنا لیا جاتا ہے۔ اسطرح سے اَمونیم یوریٹ مرسوب ہو جاتا ہے اور اگر کوئی صبغۂ صفراویہ موجود ہے تو اُسے بھی ساتھ لیکر تہ نشین ہو جاتا ہے۔ اِس مرکب کو تقطیر کر لیا جاتا ہے اور تقطیری کاغذ پر باقیماندہ ثفل میں نائٹرک ایسڈ ملایا جاتا ہے۔ ہرا رنگ پیدا ہو جائے تو اس سے صبغۂ صفراویہ کی موجودگی ظاہر ہوتی ہے۔

قارورہ میں ملحاتِ صفراء کی شناخت کے لئے ھے کا کاشفہ

(Hay's test) اسطرح عمل میں لایا جاتا ہے کہ ایک چھوٹی سی مخروطی صراحی میں کہ جسکو جانب سے منور کیا گیا ہو، تازہ قارورہ کی سطح پر پسی ہوئی گندھک چھڑک دی جاتی ہے۔ اگر ملحاتِ صفرا موجود ہیں تو سطحی تناؤ کم ہوتا ہے اور گندھک ڈوب جاتی ہے۔ جب گندھک پانچ منٹ کے اندر ڈوب جائے تو یہ کاشفہ مثبت سمجھا جاتا ہے (71)۔ یہ کاشفہ پہلے ناقابل اعتماد سمجھا جاتا تھا، لیکن اب قابل وثوق سمجھا جاتا ہے۔ تاہم یہ اُسوقت بھی حاصل ہو جاتا ہے جبکہ روغن چوب صندل (sandal wood oil)، کوپیا (copaiba)، کباب چینی (cubebs) اور تارپین (turpentine) کی بڑی مقداریں براہ دہن دی گئی ہوں۔ آنت کے اندر ملحاتِ صفرا کی موجودگی کے لئے ایک کاشفہ بیان کیا گیا ہے (74)، جس کا انحصار اِس حقیقت پر ہے کہ وہ چربی کے جذب میں آسانی پیدا کر دیتے ہیں۔

امراضیاتِ یرقان۔ بائلی روبین دو شکلوں میں موجود ہوتی ہے:۔ یعنے (۱) ایک قلوی نمک کے طور پر، جو صفراوی رہگذروں کے اندر خارج ہوتا ہے۔ اِسس سے واَن ڈن برگ کا راست تعامل حاصل ہوتا ہے۔ (۲) آزاد ترشہ کے طور پر جو خون میں دوران کرتا ہے، جس سے واَن ڈن برگ کا بالواسطہ تعامل حاصل ہوتا ہے (77)۔ یہ امر پہلے بتایا جا چکا ہے کہ بائلی روبین کی پیدائش کے لئے جگر کی ضرورت نہیں، اور یہ اِس واقعہ سے بھی ظاہر ہوتا ہے کہ یہ صبغہ مقامی طور پر پرانے خون کے تھکوں سے جسم میں ہر جگہ بنجاتا ہے۔ شبکی دروں طلمی نظام جو کہ بائلی روبین کو بناتا ہے، اگر اسکے ذریعہ اُسکے

بننے میں کوئی خرابی پیدا ہو جائے، یا اگر جسم کے اندر اِتلاف خون حد سے زائد ہو اور ان خلیوں کے ذریعے سے بائلی روبین کا بننا بہت زیادہ ہو جائے، تو یہ صبغہ سارے کا سارا جگر کے ذریعے اخذ اور صفراء کے طور پر خارج نہ ہو سکے گا، بلکہ دوران خون کے اندر داخل ہو جائے گا۔ یہی نتیجہ اُسوقت بھی پیدا ہو سکتا ہے جبکہ جگر کے خلیات نقصان رسیدہ ہو گئے ہوں۔ اِس طرح یہ یرقان کی تین قسمیں ہوتی ہیں:۔

(۱) دَم پاشیدہ یرقان (hæmolytic jaundice)، وہ گروہ ہے جس میں اس نام کا دموی مرض بھی شامل ہے، کیونکہ اِس میں خون کے بہت زائد اتلاف کی وجہ سے بائلی روبین مصل کے اندر موجود ہوتی ہے۔ اس گروہ میں وہ یرقان شامل ہے جوکہ دوری ہیموگلوبن بولیت (paroxysmal hæmoglobinuria)، متناقض خون کے انتقال، فینائل ہائیڈرا زین (phenyl hydrazine) کے تسمم، دم پاش عفونت ہائے دموی، لختی ذات الریہ، ملیریا اور یرقان نوزائیدہ (icterus neonatorum) کا نتیجہ ہوتا ہے۔ متلف عدم دمویت (pernicious anæmia) کو بھی بعض اوقات شامل کیا جاتا ہے، لیکن اس میں بائلی روبین کے جمع ہونے کا سبب غالباً یہ ہوتا ہے کہ ہیموگلوبن کی تکوین کم ہوتی ہے۔

(۲) وہ یرقان جوکہ اولی کبدی نقصان رسیدگی کا نتیجہ ہو۔ اس کے اسباب یہ ہیں:۔ (ا) امتلا فشل قلب کی وجہ سے۔ (ب) جگر کا اولی مرض، مثلاً نازلتی یرقان کی اکثر اصابتیں، حاد تنخر (زرد ذبول)، ہیناٹ (Hanot) کی تکبت، کثیر لختی تکبت متاخر درجوں میں، اور بعض حالتیں جوکہ ماضی میں سمی اور ساری کبدی یرقان کے عنوان کے تحت جماعت بند کی گئی تھیں۔ اِن میں یرقان پیدا کرنے والے حالات یہ ہیں:۔ (الف) کیمیائی سموم جیسے ٹیٹراکلورتھین (tetrachlorethane) (یعنی ہوائی جہازوں کے لئے ایک وارنش)، ٹرائی نائٹروٹولوئین (trinitrotoluene =T.N.T.)، کلوروفارم، فاسفورس، ٹولوئی لین ڈائے امائن (toluylene-diamine)، نائٹروبنزین (nitrobenzene)، آرسینو بنزال کے مشتقات (arsenobenzol derivatives)، آرسینیوریٹڈ ہائیڈروجن (arseniuretted hydrogen)، کُھمبی (mushrooms)، سانپ کا تشب

وغیرہ (ب) جراثیمی سموم، جیسے کہ تپ راجعہ (relapsing fever)، ملیریا، گروہِ حمّی محرقہ (enteric group)، ٹائفس (typhus)، ذات الریہ، انفلوئنزا، آتشک، زرد بخار (yellow fever)، عفونت الدم، خفیف مرغولی یرقان (leptospiral jaundice) وغیرہ میں واقع ہوتے ہیں۔

(۳) تسدّدی کبدی یرقان (obstructive hepatic jaundice)۔

اس گروہ میں صفراوی قناتوں کا کوئی صریح تسدد موجود ہوتا ہے:۔ (۱) سنگہائے صفرا اور مغلظ صفرا، نہایت شاذ اصابتوں میں کیسیہ (hydatid)، کبدی فلوک (liver flukes) اور معوی قنال سے آنے والے اجسامِ غریبہ جن میں خراطینی صُفار (Ascaris Lumbricoides) بھی شامل ہیں۔ (۲) قنات کا تضیق یا انطماس پیدائشی عیب بابِ نفقی کے باعث یا اثنا عشری یا خود قناتِ صفرا، کے ماقبل تقرّح کی وجہ سے۔ قنات صفراء کی دیوار کا نازلی یا التہابی ورم یا سرطان۔ قنات کا تشنج۔ (۳) باہر سے دباؤ پڑنے کی وجہ سے پچکاؤ۔ یہ شق یا بابی میں کے غدد کے دباؤ سے۔ لبلبہ کے سر، معدے، قولون، گردوں، خُربِ مبیضین، یا رحم کے سلعات کے دباؤ سے۔ جگر کے پھوڑے یا کیسیہ کے دباؤ سے، شکمی انورسما، مجتمع براز، یا حاملہ رحم کے دباؤ سے واقع ہو سکتا ہے۔ تسددی کبدی یرقان کی بہت سی اصابتوں میں صفراء مرارہ اور صفراوی قناتوں کو متمدد کر دیتا ہے، اور پھر عروق لمفائیہ اور عروقِ دمویہ کے اندر داخل ہو کر آخر الذکر کے اندر دوران کرتا ہے اور جلد اور دوسرے حصوں کو صفراء کے مخصوص و ممیز رنگ سے ملوّن کر دیتا ہے۔ غالباً کامل تسدد ہونا شرط نہیں ہے جس کی وجہ یہ دلچسپ واقعہ ہے کہ صفرا کا افراز نہایت ادنیٰ دباؤ کے تحت ہوتا ہے، جو اتنا کم ہوتا ہے کہ کسی نلی میں پانی کے ۲۰ سینٹی میٹر کا دباؤ مفرزہ صفراء کو دوران خون میں واپس بھیج دیگا۔ کامل تسدد کی حالت میں (جیسی کہ مشترک قنات کے اندر ایک سنگِ صفراء سے، یا اُس پر دباؤ ڈالنے والے سلعہ سے پیدا ہو جاتی ہے) صفراء آنتوں تک نہیں پہنچ سکتا۔ اور براز، جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے، سپید یا مٹی کے رنگ کا ہوتا ہے۔ جب تسدد دور ہو جاتا ہے، تو علامات غائب ہو جاتے ہیں۔

اگرچہ یرقان کی اِن قسموں میں سے پہلی اور تیسری صاف طور پر متفرق ہو جاتی

ہیں (کیونکہ اِن سے وان ڈن برگ کے بالواسطہ اور راست تعامل علی الترتیب حاصل ہوجاتے ہیں)، لیکن دوسرے گروہ کے افراد سے عموماً دوہیئتی تعامل حاصل ہوتا ہے۔ گزشتہ زمانہ میں ایسی اصابتوں کے یرقان کا سبب نسبتہً چھوٹی صفراوی قناتوں کا التہاب سمجھا جاتا تھا، اور اسواسطے ایسے یرقان کو تسددی سمجھتے تھے لیکن بُرولے (Brule) اِس رائے پر اعتراض کرتا ہے اور بتلاتا ہے کہ بعض اوقات صرف ملحاتِ صفرا دوران خون میں محتبس ہوتے ہیں، اور کبھی صرف صبغاتِ صفراویہ [یہ مفترق یرقان dissociated jaundice = کی دو قسمیں ہیں]، لہذا یقیناً خود کبدی خلیات ماؤف شدہ ہوتے ہیں (74)۔ وہ اُس یرقان کو جو کہبت، اِرتجاج یا مرض قلب کے امتلا کے باعث ہو اُسی گروہ سے متعلق سمجھتا ہے۔ یہ دیکھا گیا ہے کہ تسددی یرقان میں دموی فاسفوٹیس (phosphatase) زیادہ ہوجاتا ہے، اور یہ امر تشخیص میں مدد دے سکتا ہے (75)۔

مخفی یرقان (latent jaundice) کے یہ معنے ہیں کہ خون میں بائلی روبین تو ہوتی ہے لیکن اتنی کافی نہیں کہ تمثیلی زرد رنگ پیدا کرسکے یا گردوں سے بائلی روبین کا اخراج کراسکے۔ ایسی اصابتوں میں قارورے کے اندر عموماً یوروبائلین کی وافر مقدار موجود ہوتی ہے، جو غالباً بافتوں کے ذریعہ سے بائلی روبین کی تبدیلِ ہیئت ہوجانے سے حاصل ہوتی ہے۔ تاہم یہ امر یاد رکھنا چاہئے کہ جب بائلی روبین بولیت نمایاں ہو تو یوروبائلین بولیت عام طور پر مفقود ہوتی ہے۔ مخفی یرقان مرض قلب میں موجود ہوسکتا ہے اور اُس سے فشلِ قلب کے آغاز پر دلالت ہوسکتی ہے۔ اُس کی موجودگی متلف عدم دمویت کو اُس ثانوی عدمِ دمویت سے جو نزف کے باعث ہو، ممیز کردے گی۔ آرسینوبنزال سے علاج کے بعد، اور مختلف ساری امراض میں ممکن ہے کہ مخفی یرقان اِس امر کی دلالت ہو کہ جگر کو نقصان پہنچا ہے۔ کہبت میں وہ نہایت عام طور پر موجود ہوتا ہے۔

یرقانِ نوزائیدگان (icterus neonatorum)۔ نوزائیدہ بچوں میں یرقان کم عام نہیں ہے۔ وہ صرف چند دن یا ایک دو ہفتے تک رہتا ہے اور اُسکے ساتھ کوئی علامات نہیں ہوتے۔ صبغۂ صفراویہ، جیساکہ وان ڈن برگ کے بالواسطہ امتحان سے

ظاہر ہوتا ہے، دروں رحمی زندگی کے تقریباً پانچویں ماہ میں قابل تخمین مقداروں میں خون کے اندر نمودار ہونا شروع ہوتا ہے، اور یہ عمل فعلیاتی دم پاشیدگی کا نتیجہ ہوتا ہے۔ جو کہ پیدائش کے بعد دفعتہً بڑھ کر یرقان پیدا کر دیتا ہے۔ یہ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ مادری جگر جنین کے اندر دم پاشیدگی کو روکنے میں ممد ہوتا ہے، اور یہ کہ پیدائش کے بعد شیر خوار بچہ کا جگر اپنے کامل مانع دم پاشیدگی وظیفہ کو بہت آہستہ اختیار کرتا ہے (ملاحظہ ہو متلف عدم دمویت)۔ یہ زرد رنگ پہلے چہرہ اور دھڑ کو اور ازاں بعد جوارح کو متاثر کرتا ہے، اور اگر سرخ جلد کو دبا کر خون کا رنگ خارج کر دیا جائے تو یہ شناخت ہو جاتا ہے۔ براز عموماً طبعی ہوتا ہے، اور پیشاب کا رنگ صبغۂ صفراویہ سے رنگین نہیں ہوتا، الا شدید ترا صابتوں میں۔ مریض شفایاب ہو جاتے ہیں اور کسی علاج کی ضرورت نہیں پڑتی۔

388

نوزائیدہ کا خطرناک خاندانی یرقان (familial jaundice)- یہ حالت ایک ہی خاندان کے کئی افراد کو متاثر کرتی ہے۔ یرقان پیدائش کے بعد پہلے ہی دن یا بعض اوقات دوسرے دن شروع ہو کر اُسکی شدت بہ سرعت بڑھ جاتی ہے۔ غنودگی موجود ہوتی ہے، اور وزن گھٹ جاتا ہے۔ شیر خوار بچہ تقریباً چودھویں دن اکثر تشنجات کے ساتھ، مر جاتا ہے۔ پیشاب میں یوریوبائلین اور اکثر بائل روبین موجود ہوتی ہے۔ بعض اوقات نزفات دیکھے جاتے ہیں۔ پاخانوں کا رنگ طبعی ہوتا ہے۔ جگر اور طحال بعض اوقات بڑھے ہوئے ہوتے ہیں۔ علاج یہ ہے کہ ماں کے مصل کے ۵ تا ۱۵ سی سی کا دروں عضلی اشراب روزانہ بچہ کے شروع ہی کیا جائے یہانتک کہ اُس کے خون میں صبغۂ صفرا کم ہو جائے۔ یہ مصل مانع دم پاشیدگی ہوتا ہے۔ اِس علاج کیساتھ انذار اچھا ہوتا ہے (90)۔ یرقان کی دوسری اصابتیں جن کی تفریق کرنی چاہئے، یہ ہیں: خاندانی بے صفرابولی یرقان (familial acholuric jaundice)، جس میں "مریض بہ نسبت قئے کرنے کے یرقانی زیادہ ہوتے ہیں"۔ صفراوی قناتوں کا پیدائشی انطماس (congenital obliteration of the bile ducts)، جو سفید پاخانوں اور صفراوی کہبت کے ساتھ متلازم ہوتا ہے، اور جس میں جگر سخت ہو جاتا ہے۔ پیدائشی آتشک (congenital syphilis)- یرقان ساری

(infective jaundice) جس میں ایک صریح منبع سرایت موجود ہوتا ہے، اور تپش بلند درجہ پر ہوتی ہے۔

اِستسقاءِ شکمی

(ascites)

اِس اصطلاح سے کہفۂ باریطونی کے اندر مصلی سیّال کی موجودگی مراد ہے۔ مصلی کہفوں میں کے دوسرے انصبابات کی طرح یہ بھی عموماً قلوی ہوتا ہے، اِسکا رنگ پھیکا پُوال کے رنگ جیسا، اور کثافتِ اضافی ۱۰۱۵ تا ۱۰۱۸ ہوتی ہے، یہ نہایت البیومینی ہوتا ہے اور اسمیں کلورائڈز موجود ہوتے ہیں۔ یہ اسباب ذیل کی وجہ سے پیدا ہوجاتا ہے:۔ (۱) بابی دوران خون کے تسدد سے، جو وریدالباب کے تنہ میں ہو یا جگر کے اندر اُس کی توزیع میں ہو۔ (۲) امراضِ باریطون کے نتیجہ کے طور پر۔ اور (۳) مرضِ گردہ یا مرضِ قلب کے استسقائے کلی کے جزو کے طور پر۔

وریدالباب کا تنہ، شقِ بابی میں رسولیوں اور بڑھے ہوئے غدد کے دباؤ سے، خود جگر کے اندر کے سرطان، پھوڑے، یا کیسہ سے، یا وریدالباب کے اندر خون کی ترویب (علقیت، التہاب وریدالباب) سے متسدد ہوسکتا ہے۔ جگر میں بابی تسدد کا خاص سبب کہبت کی لیفی میش بالیدگی سے بین لختکی اُوردہ کا انضغاط ہے۔ بعضوں کا خیال ہے کہ بابی تسدد استسقاءِ شکمی کا کافی سبب نہیں ہوسکتا، اور وہ استسقاءِ شکمی کو اُن سمیات سے منسوب کرتے ہیں جو مرضی جگر میں پیدا ہوجاتے ہیں، یا آنت سے جذب ہوکر جگر میں تلف نہیں ہوتے۔ بابی تسدد کا ایک دوسرا سبب التہابِ غلافِ کبد ہے۔ تسدد کی ایک تیسری قسم قلب اور شش کے امراض کی مختلف قسموں سے پیدا ہوجاتی ہے، جن میں قلب کی دائیں جانب متسع ہوجاتی ہے اور خون کے سینہ میں سے ہوکر گزرنے میں مزاحمت ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 146)۔

استسقاءِ شکمی پیدا کرنے والے باریطونی امراض یہ ہیں:۔ حاد اور مزمن التہابِ باریطون، تدرنی التہابِ باریطون، اور باریطون کا سرطان۔

مرضِ برائٹ میں دوسرے مصلی کہفوں کے ساتھ ساتھ باریطون بھی محلِ انصباب ہوتا ہے۔

طبیعی امارات: شکم بڑا ہوجاتا ہے، اور زیادہ استسقاءِ شکمی کے ابتدائی درجوں میں وہ عموماً تنیدہ ہوتا ہے اور اُس کی شکل گلو بچہ نما ہونے کا رجحان رکھتی ہے، جس میں سامنے کی سمت ایک قطعی اُبھار ہوتا ہے۔ ازاں بعد شکم کی دیواریں کھنچکر پھیل جاتی ہیں، اور جب مریض بستر میں لیٹتا ہے تو سیال قوتِ جاذبہ کے اثر سے پیچھے کی طرف بہ کر ہر پہلو میں جمع ہوجاتا ہے، جس سے پیٹ کی شکل زیادہ چوڑی اور زیادہ چپٹی ہوجاتی ہے۔ اِسوقت جو مائع پیدا ہوتا ہے اُس کی مقدار ۳، ۴، یا ۵ گیلن ہوسکتی ہے، اور شکم اِسی تناسب سے بڑا ہوجاتا ہے، چنانچہ اُس کا محیط ۴۰ تا ۴۲ اِنچ یا زائد ہوسکتا ہے۔ سیال کی موجودگی امتحان کے تین طریقوں سے معلوم ہوسکتی ہے، جو قرع، تموج، اور انتقال موصم ہیں۔

قرع: شکم کی سطح طبعی طور پر گمکی ہوتی ہے، جس کا سبب یہ ہے کہ معدے اور آنتوں میں ہوا موجود ہوتی ہے۔ لیکن جب سیال پیدا ہوتا ہے تو یہ پہلے پہلوؤں اور خثلی خطے میں جمع ہوجاتا ہے، چنانچہ ان حصوں کے قرع کرنے پر ایک اصم آواز نکلتی ہے، درآنحالیکہ شکم کا مرکزی حصہ گمکی رہتا ہے۔ اگر مریض کو کسی ایک کروٹ پھرا کر پھر قرع کیا جائے تو معلوم ہوگا کہ اگلے اور مرکزی خطے اصم ہوگئے ہیں، اور وہ پہلو، جو اب سب سے اوپر ہے گمکدار ہے۔ اِس کا سبب یہ ہے کہ سیال قوت جاذبہ کی وجہ سے اسفل ترین حصہ میں بہ جاتا ہے اور ہوا سے بھری ہوئی آنت بلند ترین حصے میں تیرنے لگتی ہے، اور ایسا ہونا باریطون کے اندر سیال کی موجودگی کا سب سے زیادہ قطعی ثبوت ہے، اور استسقاءِ شکمی کے لئے نہایت ہی نازک کاشفہ بہم پہنچاتا ہے۔

تموج حاصل کرنے کا طریقہ یہ ہے کہ شکم کی ایک جانب پر ایک ہاتھ رکھا جائے اور دوسری جانب کو اُنگلی سے تیزی کے ساتھ تھپ تھپایا جائے۔ ایسا کرنے سے شکم پر رکھے ہوئے ہاتھ کو شکم کے وار پار انتقالِ موج کا احساس ہوتا ہے۔ یہ امارت متذکرہ صدر امارت کی نسبت کم یقینی ہے۔ نہایت چربیلی شکمی دیواریں سیال کی موجودگی کے بغیر بھی انتقالِ موج واقع کرسکتی ہیں، چنانچہ اس کو روکنے کے لئے تموج کی

389

آزمائش کرتے وقت ہاتھ کی یا کسی کتاب یا دفتی کی کور شکم کے مرکز میں رکھدینی چاہیئے
انتقالِ موضع کے طریقہ کا استعمال محض محدود ہوتا ہے، لیکن بعض اصابتوں
میں اُس سے اِستسقاءِ شکمی کی شہادت اُس سے بہت جلد مل جاتی ہے کہ جتنی جلد قرع
یا تموج کے ذریعہ ملتی ہے۔ اگر اِستسقاءِ شکمی کی کسی اصابت میں جگر بڑھا ہوا ہو تو وہ
اِستسقاءِ شکمی سیّال میں ڈوب جاتا ہے اور سیّال کی تھوڑی مقدار اُس کی اگلی سطح
اور دیوارِ شکم کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ شکم کے اِس مقام پر اُنگلیاں رکھکر اُنھیں
یکایک اندر دبا دینے سے یہ سیّال ہٹ جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ جگر کی سطح محسوس ہو سکے۔
یہ سیّال کی موجودگی کا ایک ثبوت ہے، کیونکہ اگر وہاں کوئی سیّال نہ ہوتا تو جگر اگلی دیوارِ
شکم کے بالکل ساتھ لگا ہوا ہوتا۔

لیکن بعض اوقات مختلف الاقسام دُویروں میں سے کسی ایک قسم سے جو شکمی
یا حوضی احشاء کے ساتھ تعلق رکھتی ہو، یا حامل رحم سے، یا متمدد مثانہ بولی سے
اِستسقاءِ شکمی کا تشابہ ہو جاتا ہے۔ یہ دُویرے مبیضی، بر مبیضی (parovarian)، کیسی،
اور کلوی دویرے ہوتے ہیں۔ اگر قرعی کا شفہ کامیاب ہے تو یہ خارج از بحث ہو جاتے
ہیں۔ اس کے خلاف ممکن ہے وہ تموجی کا شفہ ظاہر کریں۔ اور اگر پوری سطح اصم ہے تو
ممکن ہے کہ اِن میں سے کسی ایک میں اور ایسے اِستسقاءِ شکمی میں تفریق مشکل ہو جائے
جس میں آنتیں چپکی ہوئی ہوتی ہیں۔ مبیضی دویرے کی خاص شناخت یہ ہے کہ اس حالت میں شکم سامنے سے اصم اور پہلوؤں
میں گمکدار ہوتا ہے کیونکہ آنتوں کو دُویرہ اور اس کی وجہ سے پیدا ہونے والا ورم دبا کر
پہلوؤں میں ہٹا دیتا ہے (یہ ورم ایک جانب پر شروع ہوتا ہے گو بعد میں مرکزی ہو جاتا
ہے)۔ نیز یہ بھی شاذ نہیں کہ دُویرے کا خاکہ سب سے اوپر والے حصہ میں شناخت میں
آجاتا ہے، بالخصوص جبکہ اُس کی جستجو حرکاتِ تنفس کے دوران میں کی جائے۔

کیلوسی اور کیلوسیٔ الشکل استسقاء شکمی (chylous and chyliform ascites)۔ استثنائی اصابتوں میں کہنہ باریطونی کے اندر کا سیّال
بجائے صاف مصل ہونے کے دھندلا دودھیئے رنگ کا ہوتا ہے۔

بعض اوقات یہ باریطون میں قناتِ صدری یا لبنی عروق سے کیلوس کی
وعا بدری کے باعث ہوتا ہے، اور یہ وعا بدری عروق کے انشقاق کی وجہ سے

ہوتی ہے یا ان کے تسدد کی وجہ سے ہوتی ہے جو کہ مرض یا طفیلیات کی موجودگی (ملاحظہ ہو فلاریت = filariasis) کا نتیجہ ہوتا ہے۔ یہی حقیقی کیلوسی استسقاء شکمی ہے۔ ایسی حالت میں سیال کا رنگ زردی مائل سپید ہوتا ہے، اُس کی کثافت اضافی ۱۰۱۲ یا زائد ہوتی ہے، اور بُو کا انحصار اُس غذا پر ہوتا ہے جو لی جا رہی ہو۔ یہ سیال ٹھہرا رہے تو اُس کی چربی جدا ہو کر سطح پر ایک ملائی جیسی تہ بنا دیتی ہے۔ خوردبین کے نیچے شحمی گلوبچے نظر آتے ہیں، مگر خلوی عناصر بہت تھوڑے ہوتے ہیں۔ جسم سے نکال لینے کے بعد ممکن ہے کہ اُس میں فائبرین کا ایک تھکا بنجائے۔

ان اصابتوں کے ایک دوسرے گروہ، یعنے کیلوسیٔ الشکل استسقاء شکمی یا کاذب کیلوسی استسقاء شکمی (pseudo-chylous ascites) میں سیال خالص دودھیا سپید ہوتا ہے اور اُس کی کثافت اضافی ۱۰۱۲ سے کم ہوتی ہے۔ چربی کی مقدار مختلف ہوتی ہے، ممکن ہے کہ وہ سطح پر ایک ملائی جیسی تہ بنا دے، یا محض اُس کے خفیف سے آثار ہوں لیکن بہرحال اُس کا دودھیا پن چربی کے سبب سے نہیں بلکہ لیسی تھین (lecithin) اور گلابولین (globulin) کے ایک مرکب کے دقیق ذرات کی وجہ سے ہوتا ہے جنھیں غیرنامیاتی نمکیات معلق رکھتے ہیں۔ خوردبین کے نیچے چربی دار خلوی عناصر موجود مل سکتے ہیں۔ لیسی تھین کی موجودگی کی وجہ سے یہ سیال گندیدگی سے عرصۂ دراز تک متاثر نہیں ہوتا۔

کیلوسیٔ الشکل انصبابات کسی ایک مرافیاتی حالت کے ممیز نہیں ہوتے، لیکن ان اصابتوں کی اکثریت میں یا تو جگر کا سرطان، یا تدرن، یا کہبت، یا گردے کا مزمن التہاب پایا گیا ہے۔ اور عام طور پر انذار بُرا ہوتا ہے۔

ممکن ہے کہ کیلوسی اور کیلوسیٔ الشکل مائع دونوں دوسرے مصلی کہفوں میں بھی ہمزماں طور پر پیدا ہو جائیں۔ اور جب تک کہ ایک یا دوسرے کہفہ پر بزل کا عمل نہ کیا جائے، یہ معلوم کرنے کا کوئی دوسرا ذریعہ نہیں کہ آیا انصباب اُسی قسم کا ہے جو زیر بحث ہے۔

390

جگر کے امراض

خراج

امراضیات ۔ جگر کے پھوڑے کسی عفن عامل کے داخلہ کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں، جو مندرجۂ ذیل راستوں میں سے کسی ایک کی راہ سے داخل ہو جائے : شریان کبدی، ورید الباب، یا تقیحی التہاب قناتِ صفرا (suppurative cholangitis) (جو ملاحظہ ہو) میں صفراوی قنائیں۔

پہلی حالت میں وہ ایسے عام تقیح الدم کا ایک جزو ہوتے ہیں، جیسا کہ جسم کے کسی حصے میں زخم یا تضرر لگنے سے، لیکن بالخصوص سر کے تضررات سے پیدا ہو جاتا ہے۔ وہ چھوٹی جسامت والے اور بے شمار، یا کم از کم متعدد ہوتے ہیں۔ انکو تقیح الدمی خراج (pyæmic abscesses) کہتے ہیں۔

ورید الباب اس سے بھی زیادہ تعداد کی اصابتوں میں خراج پیدا ہونے کا باعث ہوتی ہے، اور جیسا کہ تقیحی التہاب ورید الباب (suppurative pylephlebitis) کے بیان میں (جو ملاحظہ ہو) اور مداریی زحیر (tropical dysentery) کے بیان میں درج کیا گیا ہے، عفن عاملات ورید الباب کے رقبہ میں کے ضررات سے منتقل ہو جاتے ہیں۔ یہ پھوڑے منفرد، چند، یا متعدد ہوتے ہیں۔ جب یہ متعدد ہوں تو اس حالت کو بابی تقیح الدم (portal pyæmia) کہہ سکتے ہیں۔ بعض اوقات ورید الباب اور اس کی شاخیں شکستہ وریختہ ریمی تھکے سے پُر ہوتی ہیں، اور ورید کی دیواریں ملتہب ہو کر تقیحی التہاب ورید الباب پیدا کر دیتی ہیں۔

جگر کے پھوڑے جسامت میں ایک الپین کے سر سے لیکر فندق (hazelnut) کی جسامت تک مختلف ہوتے ہیں۔ ان میں پختہ پیپ، یا غسلینی مائع اور چورہ یا زیادہ جسیم غشیئات، جو ابھی علیحدہ ہوئے ہوں، موجود ہو سکتے ہیں۔ جن اصابتوں کی ابتداء

التہاب ورید الباب سے ہوتی ہے اُن میں یہ دکھلانا آسان ہوسکتا ہے کہ تقیح زیادہ تر ورید الباب کی توزیع کے ممر میں واقع ہے۔ جہاں پھوڑے جگر کی سطح کے قریب پہنچ جاتے ہیں، جگر کا کیسہ اکثر ملتہب ہوتا ہے۔

علامات - جگر کے متعدد پھوڑوں والی اصابتیں اکثر بہت مبہم ہوتی ہیں، بالخصوص اُسوقت جبکہ وہ تقیح الدم جیسے عمومی مرض کا جزو ہوں۔ اُن میں شدید بنیئی اختلال ہوتا ہے، جس کے ساتھ عادتی قسم کا بخار، نبض سریع، خشک بھوری یا فردار زبان، اور جلد ہی پیدا ہونے والا انبطاح ہوتا ہے۔ قئے اکثر موجود ہوتی ہے لیکن آنتوں کا فعل مختلف ہوتا ہے :۔ یعنے کبھی تو قبض ہوتا ہے اور کبھی اسہال۔ جگر زیادہ تر بڑھا ہوا ہوتا ہے، اور بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ ناف کے لیول تک پہنچ جائے۔ وہ دردناک اور الیم ہوتا ہے۔ یرقان بعض اوقات موجود ہوتا ہے لیکن اُس کا موجود ہونا لازمی نہیں۔ غالباً اُس کے پیدا ہونے کے لئے ضروری ہے کہ کوئی بڑی صفراوی قنات پھوڑے سے مضغوط، یا سنگہائے صفراء سے متسدّد ہو جائے۔ صبغۂ صفراء کے لحاظ سے بول و براز کی حالت، بلاشبہ اِسی کے لحاظ سے مختلف ہوگی۔ مدتِ مرض ایک سے کئی ہفتے تک ہوتی ہے، لیکن اختتام یقیناً ہلاکت خیز ہوتا ہے۔

تشخیص - اِس کا اِنحصار اِس حقیقت پر ہونا چاہیئے کہ بڑھا ہوا جگر ایک حاد عمل سے ماؤف ہوتا ہے، جس کے ساتھ شدید عمومی تسمّم الدم ہوتا ہے، بالخصوص اُسوقت جبکہ ان علامات کے ساتھ کوئی ایسا ضرر بھی ہو جو بطور اوّلی سبب کے شناخت کیا جائے۔

علاج - بیشتر علاماتی ہونا چاہیئے۔ تغذیہ کونین اور مہیجات کے ذریعہ سے عام حالت کی اصلاح کی کوشش کرنی چاہیئے۔ تخفیف درد کے لئے افیون اور مقامی لاسقات پولٹسوں، تکمیدات، وغیرہ کی ضرورت ہوگی۔

معمولی ساری کبدی یرقان

(common infective hepatic jaundice)

[نزلی یرقان (catarrhal jaundice)، حاد التہاب جگر (acute hepatitis)]

یہ اِن عام ترین شکلوں میں ایک شکل ہے کہ جن میں یرقان واقع

ہوتا ہے۔ نازلتی یرقان کا نام اس اعتقاد سے پیدا ہوا کہ یہ صفراوی حلیمہ کے مقام پر تسدد پیدا ہو جانے کا نتیجہ ہے۔ جو کہ گاڑھی مخاطیا غشاء مخاطی کے ورم سے واقع ہوتا ہے۔ یہ ناممکن نہیں کہ بعض اصابتیں اسی قسم کے سبب سے ہوں۔

بحث اسباب - ساری کبدی یرقان بالخصوص اوائل زندگی میں کثیر الوقوع ہے۔ ممکن ہے کہ اس کے ساتھ معدی اثنا عشری نازلت کے علامات موجود ملیں۔ ساری کبدی یرقان کے ساتھ اکثر یرقان کی اُن مشہور مثالوں کو بھی شامل کر لیا جاتا ہے جو خوف کی وجہ سے ہو جاتی ہیں، اِن کے خاص مظاہر تو بہر حال ساری کبدی یرقان سے مماثل ہوتے ہیں۔

معمولی ساری کبدی یرقان اکثر وباؤں کی صورت میں دیکھا گیا ہے جبکہ اس کو وبائی یرقان(epidemic jaundice) کہا جاتا ہے۔ اِن میں سے بہت سی وباؤں میں صرف بچوں پر یا خاصکر بچوں پر حملہ ہوتا ہے۔ نسبتۃً کم مثالوں میں بالغ اشخاص سب سے زیادہ مبتلا ہوتے ہیں۔ نہ تو انفرادی اصابتوں کو اور نہ وبائی اصابتوں کو اب تک متعین جزئیات کے ساتھ منسوب کیا گیا ہے لیکن جہاں مرارہ اور صفراوی گذرگاہوں کو معائنہ کرنے کا موقع ملا ہے وہاں یہ صفراء سے خالی پائے گئے ہیں، جو اس امر پر دال ہے کہ کبدی افراز بند ہو گیا ہے، جس کی وجہ التہاب جگر ہے، اور بلا شبہ یہ مرض کا اصل سبب ہے۔ تاہم اثنا عشری التہاب معکوس طور پر صفراء کے بہاؤ کو روک سکتا ہے، اور اسطرح چند اصابتوں میں سبب مرض ہو سکتا ہے(76)۔ ساری یرقان جو پیچ مُویانہ مبداء کا ہوتا ہے، پہلے بیان کیا گیا ہے۔

علامات - ممکن ہے کہ یرقان سے تین یا چار ہفتے پہلے مریض کو سوءِ ہضم، معدے میں گرانی، درد، اور ریحیت، اور شائد ساتھ ہی کبھی کبھی قئے بھی ہو۔ اور دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ یہ مخصوص اقسام کی غذا غیر معمولی کثرت کے بعد ہو۔ لیکن نہایت کثیر التعداد مثالوں میں مریض کو اپنی بیماری کا کوئی حال بالکل معلوم نہیں ہوتا تاوقتیکہ جبتک کہ وہ خود آئینہ میں نہ دیکھ لے یا دوستوں سے نہ سن لے کہ اُس کی جلد میں زرد رنگ کی جھلک پیدا ہو رہی ہے۔ کبھی کبھی یرقان سے پہلے جوارح میں شدید درد ہوتا ہے۔ یا اصابت ترقی پاکر جگر کے حاد تنخر کی اصابت بنجاتی ہے۔ جلد اور

391

ملتحمات چشم شوخ زرد رنگ کے ہو جاتے ہیں ۔ پیشاب کا رنگ صبغۂ صفراء کی وجہ سے زردی مائل بھورا ہوتا ہے، اور اس میں کیٹونی اجسام (ketone bodies) موجود ہوتے ہیں ۔ براز پھیکے یا مٹیالے رنگ کا ہوتا ہے مصل سے عموماً وان ڈن برگ کا راست کاشفہ یا دو ہیئتی تعامل حاصل ہوتا ہے ۔ تپش عموماً طبعی درجہ پر ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ کوئی بنیئی اختلال نہ ہو اور مریض اپنا معمولی کام کاج کرنے کے قابل ہو لیکن اکثر اوقات وہ کسلمند ہوتا ہے، محنت کرنے کو طبیعت نہیں چاہتی، بھوک خراب اور کسیقدر متلی ہوتی ہے ۔ کبدی خطے میں بیشتر کوئی درد نہیں ہوتا، بلکہ ایلمیت تک نہیں ہوتی لیکن کبھی کبھی یہ دونوں معتدل درجہ میں موجود ہو سکتے ہیں ۔ جگر بھی اکثر بالکل بڑھا ہوا نہیں ہوتا لیکن بعض اوقات اس کی اصمیت پسلیوں کے حاشیہ سے ایک یا دو انگشت نیچے تک پہنچ جاتی ہے، اور پھر اس کی کورا اور متمدد مرارہ بھی محسوس ہو سکتا ہے ۔ آنتوں کی حالت مختلف ہوتی ہے، اکثر تو قبض ہی ہوتا ہے لیکن کبھی کبھی غیر بستہ پاخانے ہوتے ہیں ممکن ہے کہ نبض غیر متاثر ہو، لیکن خاص طور پر یرقان کی اسی شکل میں غیر معمولی طور پر سست نبضیں پائی گئی ہیں ۔ علالت دو سے پانچ یا چھ یا زائد ہفتوں تک جاری رہتی ہے، اور یرقان بتدریج رفع ہوتا ہے ۔ پہلے پیشاب کا رنگ طبعی ہوتا ہے، اور آہستہ آہستہ جلد کی رنگت بھی درست ہو جاتی ہے ۔

وبائی شکل میں مدت حضانت تین سے لیکر پانچ ہفتہ تک ہے ۔

تشخیص ۔ کبھی کبھی یرقان شروع ہونے سے پہلے تشخیص ممکن ہوتی ہے، کیونکہ ممکن ہے کہ کلانی جگر، جو ایک سریع الوقوع امارت ہے، جگر کی وظیفی کارکردگی کے کاشفات عمل میں لانے کا خیال پیدا کرے، اور ان کاشفات سے وظیفی قلت پائی جائے ۔ ایک نوعمر شخص میں جو پہلے تندرست تھا، یا جسے زیادہ سے زیادہ کسی معدی اختلال کی شکایت تھی، یرقان کا بلا درد یا تقریباً بلا درد حملہ ہونا، بالعموم اسے اس یرقان سے ممیز کرتا ہے جو سنگہائے صفرا، سرطان، اور کہبت، یا دوسرے نہایت عام اسباب کے باعث ہو ۔ اگر یرقان پانچ یا چھ ہفتوں سے زائد جاری رہے تو مندرجہ بالا تینوں امراض میں سے کسی ایک کے مرض کے امکان پر، یا نسبتہً زیادہ عمومی التہاب قنات صفراوی کے امکان پر غور کرنا چاہئے ۔ وبائی شکل کو خفیف مرغولی یرقان سے متفرق کرنا چاہئے

(جو ملاحظہ ہو) ۔ خون شماری سے مدد مل سکتی ہے ۔ اول الذکر میں، شاید پہلے چند دنوں کو چھوڑ کر باقی مدت میں، یک نواتی خلیات کی زیادتی ہو جاتی ہے ۔ آخر الذکر میں کثیر نوانی خلیات ابیض کی کثرت ہوتی ہے ۔

انذار ۔ حادتنخر کے آغاز کی شاذ استثنا کے سوائے باقی صورتوں میں انذار بالکل امید افزا ہے ۔

علاج ۔ اگر بخار نہ ہو تو مریض کو بستر پر لٹائے رکھنے کی ضرورت نہیں لیکن اُسے ایسی غذا دینی چاہئے جس میں کثرت سے کاربوہائڈریٹ اور غاصکر گلوکوس ہو اور شحوم اور مہیجات سے پرہیز کرانا چاہئے ۔ اور اگر ضرورت ہو تو ایک ملح ملین دیدینا چاہئے ۔

جگر کا حادتنخر

(acute necrosis of the liver)

حاد اصفر ذبول (acute yellow atrophy)

اس عجیب مرض میں جگر کی بافتوں کا سریع انحطاط واقع ہو جاتا ہے اور اُسکا طبعی حجم گھٹ کر جسامت میں دوثلث بلکہ نصف رہ جاتا ہے ۔

392

بحث اسباب ۔ یہ ذکور کی نسبت اناث میں زیادہ عام ہوتا ہے، اور مریضوں کی اکثریت کی عمر تیس سال سے نیچے کی ہوتی ہے، اگرچہ یہ بچوں میں نہایت شاذ ہوتا ہے ۔ فی الحقیقت ہر عمر میں یہ مرض نہایت شاذ ہوتا ہے ۔ اس کے آغاز سے پہلے اکثر شدید ذہنی اختلالات واقع ہوتے ہیں اور اس کی بہت سی اصابتیں ایسے اشخاص میں واقع ہوئی ہیں جنھوں نے اوباشانہ زندگی بسر کی ہے، یا ایسے اشخاص میں جو آتشک میں مبتلا ہو چکے ہیں، یا ایسی عورتوں میں جو حاملہ ہیں ۔ نیز یہ ایک جراحی عملیہ کے بعد چوبیس یا اڑتالیس گھنٹوں کے اندر واقع ہو گیا ہے، اور یہ عملیہ بیشتر ایک شکمی عملیہ تھا، جو کلوروفارم کے زیر اثر انجام دیا گیا ۔ سمی یرقان پیدا کر دینے والا حادتنخر ٹرائے نائٹرٹولوئین (trinitrotoluene) (T. N. T.)، ٹیٹرا کلوری تھیین (tetrachlorethane)(aeroplane dope)، آرسینو بینزال کے مشتقات

(arsenobenzol derivatives) (ملاحظہ ہو صفحہ 117)، اور فینائل سنکونینک ایسڈ (phenyl-cinchoninic acid) (ملاحظہ ہو مدین: Gout) کے قسم سے اور خفیف مرغولی یرقان کی اصابتوں میں پیدا ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے حاد تنخر اور کہبت کبد (cirrhosis of the liver) در اصل ایک ہی عمل یعنی کبدی خلیات کے تسمم کی مختلف ہیئتیں ہوں جو پہلی صورت میں حاد اور دوسری میں نہایت مزمن ہوتا ہے۔ مزید برآں ان دونوں کی درمیانی خلیج کو تحت الحاد ذبول (subacute atrophy) یا کثیر گرہی بیش تکوین (multiple nodular hyperplasia) کی اصابتوں کا ایک پورا گروہ پاٹتا ہے۔ نیز یہ امر کہ بعض اصابتوں میں اس کا ابتدائی منبع معمولی ساری یرقان ہوتا ہے، پہلے بیان کیا جا چکا ہے۔ حیاتی کیمیائی تغیرات کبدی وظیفہ کے عنوان کے تحت بیان کئے گئے ہیں۔

مرضی تشریح۔ ۱۔ حاد قسم۔ حاد ترین اصابتوں میں جگر بڑا ہوتا ہے اور اُس کا رنگ کیاسی زرد ہو جاتا ہے۔ جب مرض اسقدر زیادہ حاد نہ ہو تو جگر جسامت میں بہت کچھ گھٹا ہوا ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ اُس کا وزن صرف ۳۰ یا ۲۸ اونس ہو۔ وہ نرم، لجلجا اور تقریباً سیال کی تھیلی جیسا ہوتا ہے، اور اُس کا کیسہ، جو جھری دار ہوتا ہے، اپنے مافیہا کے لئے بہت بڑا معلوم ہوتا ہے۔ تراشنے پر جگر زرد رنگ کا نظر آتا ہے جس میں کسیقدر شوخ سرخ رنگ کی چکتیاں ہوتی ہیں، یا بعض حصوں میں وہ بالکل سرخ ہوتا ہے اور بعض میں پورا زرد۔ اصلی تغیر ایک ذراتی یا شحمی انحطاط ہے، جس سے کبدی خلیے کم و بیش بالکل تلف ہو جاتے ہیں۔ یہ تنخر لختک کے مرکزی منطقوں میں شروع ہوتا ہے۔ جگر کے زرد حصوں میں یہ اتلاف کم ترقی یافتہ ہوتا ہے، اور شاید وہاں چند صفراء آلود خلیات ملیں۔ سرخ حصوں کی رنگت یافت کے نسبتہً زیادہ کامل تنخر کی وجہ سے ہوتی ہے، یہانتک کہ عروق ہی جرم جگر کے واحد قائم مقام رہ جاتے ہیں۔ خورد بین کے نیچے ہمیں اکثر البنومینی مادے، چربی اور صبغہ کے ذرات اور چربی کے زیادہ بڑے گلو بچوں کے سوائے اور کچھ نظر نہیں آتا۔ جگر میں لیوسین (leucin) اور ٹائروسین (tyrosin) بھی پائے جاتے ہیں، اور موت کے چند گھنٹے بعد تراشوں کی سطح پر ان کی قلمیں خود بخود جم جائیں گی۔ صفراوی قناتیں خالی، اور

صبغۂ صفرا سے رنگین ہوتی ہیں ۔ مادہ بھی خالی ہوتا ہے، یا اُس کے اندر لزج رمادی مخاط کی تھوڑی سی مقدار موجود ہوتی ہے ۔

دوسرے احشاء میں بھی شحمی انحطاط واقع ہوجاتا ہے، بالخصوص گردوں میں (جن میں خلیات مفرزہ ذراتی یا شحمی ہوتے ہیں)، اور قلب اور عضلات میں ۔ جلد کے نیچے مخاطی جھلیوں میں، مصلی جھلیوں کے نیچے، گردوں میں، اور دوسرے حصوں میں مشابہ پائے جاتے ہیں ۔

۲ ۔ تحت الحاد دبول یا کبد گرھلی یلتس تکوین ۔ جگر جسامت میں اتنا کم نہیں ہوتا، اور کبدی بافت کی باز تکوین ایک ممتاز خاصہ ہوتا ہے ۔ زرد رنگ کی غددی سلعے نما گرہیں یعنی بافت کے ہیکل میں جمی ہوئی دکھائی دیتی ہیں ۔ اُن کا چھوٹا یا بڑا ہونا باز تکوین کی مقدار پر منحصر ہوتا ہے، اور خردبین سے دیکھنے پر اُن میں نو تکوین یافتہ کبدی خلیے اور صفراوی قناتیں موجود ملتی ہیں، اگرچہ تنخری خلیے بھی بکثرت موجود ہوتے ہیں ۔ خالی آنکھ کو جگر میں ایک عجیب منظر دکھلائی دیتا ہے، اُس کی لیفی بافت کی ترتیب کہنت سے مشابہ ہوتی ہے، اور زرد گرہیں منظر میں اُسی مرض کی حاد قسم سے مشابہ ہوتی ہیں ۔

علامات ۔ علامات ابتداءً مبہم ہوتے ہیں ۔ اکثر یہ مرض ایسے یرقان سے شروع ہوتا ہے جو نزلی یرقان سے ناقابل تمیز ہوتا ہے، یا ایسے علامات کے ساتھ شروع ہوتا ہے جیسے کہ متلی، قے، آنتوں کے فعل کی بے قاعدگی ۔ اور ممکن ہے کہ کبدی خطے میں درد مقامی جلد شروع ہوجائیں ۔ یہ علامات دو یا تین ہفتوں یا اس کی نسبت بہت زیادہ طویل عرصہ تک جاری رہ سکتے ہیں اور پھر مرض کے نسبتہً زیادہ ممیز خصائص نمویاب ہوجاتے ہیں، جو یہ ہیں :۔ دماغی اختلالات یعنے ابتداءً درد سر اور بے چینی، پھر ہذیان اور تدریجی طور پر نمویاب ہونے والا قوما، معہ تشنجی جھٹکوں کے، یا زیادہ شاذ اصابتوں میں، خاتمہ کے قریب، صرع جیسے دوروں کے ۔ اب یرقان نمودار ہوجاتا ہے، یا اگر وہ پہلے سے موجود ہے تو اور زیادہ گہرا ہوجاتا ہے ۔ مصل دموی وانڈن برگ کے کاشف کے ذریعہ راست یا بالواسطہ یا دوہیئتی تعامل دیتا ہے ۔ تپش شاذ ہی بلند درجہ پر ہوتی ہے لیکن ممکن ہے کہ ۱۰۱ سے ۱۰۲ تک ہو ۔ نبض جو ابتدائی یرقان کے وقت شاید سست رفتار تھی،

اب تیز ہوجاتی ہے۔ زبان خشک اور بھوری ہوتی ہے اور جوں جوں علامات میں ترقی ہوتی ہے دانتوں اور لبوں کے قریب وسخ جمع ہوجاتا ہے۔ علاوہ ازیں کبدی خطے میں درد اور قطعی الیمیت موجود ہوتی ہے، جو قوما کے درجہ تک میں، اِس مقام پر دبانے سے شناخت کی جاسکتی ہے۔ اصمیت وسعت میں بہت سرعت کے ساتھ کم ہوتی جاتی ہے چنانچہ بالآخر اُس کا انتصابی ناپ صرف ایک انچ یا اِس سے بھی کم رہ جاتا ہے۔

شکم کی حالت قدرتی ہوتی ہے، یا خاتمہ کے قریب وہ بازکشیدہ ہوتا ہے۔ طحال بیشتر بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ قارورے میں صفرا موجود ہوتا ہے اور البیومن کا موجود ہونا شاذ نہیں، بالخصوص خاتمہ کے قریب، اور سے بائک بھی موجود ہوتے ہیں۔ خون بھی موجود ہوسکتا ہے، جو ایک عام نزفی حالت کی دلالت ہے۔ علاوہ ازیں دُردِ قہوہ جیسی قئے، براز میں (جو بیشتر پھیکے رنگ کا نظر آتا ہے اور جس میں صفرا کی کمی پائی جاتی ہے) خون کی موجودگی، رُعاف (epistaxis)، نزف رحمی (metrorrhagia) یا جلد کے نیچے نمشی نزفات کی موجودگی، یہ سب ایک عام نزفی حالت پر دلالت کرتے ہیں۔ بڑھتے ہوئے قوما کی وجہ سے بالآخر موت واقع ہوجاتی ہے، گو کہ زیادہ شدید علامات صرف دو سے چار دن تک جاری رہتے ہیں۔ بالعموم حاملہ عورتوں کو اسقاط ہوجاتا ہے۔

بعض اوقات یہ مرضی حالت نہایت طویل عرصہ تک، کئی مہینوں یا دو سال تک جاری رہتی ہے۔ ایسی اصابتوں کو تحت الحاد ذبول کہتے ہیں۔ بعض دوسری اصابتوں میں حملۂ مرض خفیف ہوتا ہے اور مریض شفایاب ہوجاتا ہے۔ واقعہ یہ ہے کہ ٹرائی نائٹروٹولوئین (T. N. T.) اور آرسینو بینزال کے تسمم میں محض خراب ترین اصابتوں میں ہلاکت واقع ہوتی ہے۔ پہلے یقین کیا جاتا تھا کہ حاد اصفر ذبول تقریباً ہمیشہ مہلک ہوتا ہے، لیکن شفایابی کی اِن مثالوں سے ثابت ہوتا ہے کہ اِس مرض کی ایک ہلکی شکل بھی ہوتی ہے۔ ٹرائی نائٹروٹولوئین کے تسمم کی مثالوں میں اکثر عجیب وغریب خفا پایا جاتا ہے، کیونکہ یہ ممکن ہے کہ یرقان اِس زہر میں تکشف ہونے کے چند سال بعد ہی ظاہر ہو۔

تشخیص۔ اِس کا انحصار عموماً دماغی علامات کے وقوع اور کبدی اصمیت کی سریع تقلیل پر ہوتا ہے، جو ایک یرقانی مریض میں واقع ہوجائے۔ امتحان بذریعہ

لاشعاع تشخیص کا ایک قابل قدر طریقہ ہے (Strathy and Gilchrist)- انقباضی وضع میں دیکھنے پر سایہ کی بلندی کم پائی جاتی ہے - بالائی سطح ، کیسہ کے ارتخاء اور پھیپھڑے کے حرکت کی وجہ سے ، گنبد نما نظر آتی ہے ، اور زیرین کنارہ طبعی حالت کی نسبت زیادہ انقباضی نظر آتا ہے -

انذار - حاد تنخر ، جب علامات نمو یافتہ ہوں ، نہایت مہلک ہوتا ہے لیکن بعض اصابتوں میں عارضی اصلاح ہو جاتی ہے گو کہ ازاں بعد نکس اور بالآخر موت واقع ہوئی ہے - یہ تحت الحاد اصابتیں ہیں - خفیف تر اصابتیں ممکن ہے کامل طور پر شفایاب ہو جائیں -

علاج - آخری درجہ میں بمشکل کچھ کیا جا سکتا ہے لیکن ابتدائی درجوں میں سمی جز و عامل کے ازالہ یا تعدیل کی کوشش کر کے مرض کی مزید ترقی کو روکنا چاہئے - بستر در آرام ، گلوکوس کا استعمال براہ دہن (۱۰ فیصدی) اور دروں وریدی طور پر (۶ فیصدی) ، نیز ۱۰ فیصدی کیلشیم گلوکونیٹ کا دروں وریدی طور پر (۱۰ سی سی روزانہ) اور سوڈیم تھایوسلفیٹ کا دروں وریدی طور پر (۰۶ گرام) کثیر المقدار سیال کے ہمراہ آزمانا چاہیئے -

کہبت جگر

(cirrhosis of the liver)

کہبت کا نام جگر کے اُن امراض کو دیا گیا ہے جن میں لیفی بافت کی دراریزش ہوتی ہے - کہبت کا نام (جس میں زردی کے معنے پائے جاتے ہیں) اس وجہ سے استعمال کیا گیا کہ بابی کہبت میں جگر کا عام رنگ زرد ہوتا ہے ، نہ کہ لیفی بافت کی زیادتی کی موجودگی کی وجہ سے - تاہم اس نام کا اطلاق اکثر دوسرے جسمانی اعضا کے مزمن لیفی تغیرات پر بھی کیا جاتا ہے ، مثلاً کہبتِ شش اور کہبتِ گردہ لیکن ان اعضا کے لئے لیفیت کی اصطلاح کو بہت ترجیح دینی چاہئے -

کہبت کی تین خاص قسمیں ہیں :- (۱) بابی کہبت ، جس میں مزمن خراش آور حالات ورید بابی کی راہ سے جگر میں پہنچ جاتے ہیں ، اور جس میں دورانِ خون کے اختلالات جو معدی نزف اور استسقائے شکمی پیدا کر دیتے ہیں ، نمایاں سریری مظاہر ہوتے ہیں -

(۲) صفراوی کہبت، جس میں یرقان نمایاں مظہر ہوتا ہے، اور استسقا شکمی محض ایک اختتامی حالت کے طور پر واقع ہوتا ہے۔ (۳) گرد خلوی کہبت، جو پیدائشی آتشک میں ہوا کرتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 397)۔

394

بابی کہبت

(portal cirrhosis)

(کثیر لحتکی الکحلی کہبت = multilobular, alcoholic cirrhosis)

(گل میخی جگر = hobnailed liver)

بحث اسباب۔ اصابتوں کی نہایت غالب تعداد میں بابی کہبت کا انحصار جزوی یا کلی طور پر الکحل کی کثرت استعمال پر ہوتا ہے، جو بیر (beer) کی شکل میں ہو، یا شراب انگوری (wine) یا روح شراب (spirits) کے طور پر۔ اس کے متعلق پورا علم نہیں کہ کہبت پیدا کرنے کے لئے کتنی مقدار کی ضرورت ہے کیونکہ انفرادی اختلافات وسیع ترین ہیں۔ ممکن ہے کہ بعض اشخاص ساری عمر خوب پیتے رہیں اور انھیں کہبت نہ ہو لیکن دوسروں میں چند ہی ماہ کی شراب نوشی کہبت پیدا کرنے کے لئے کافی ہوتی ہے۔ بعض ایسے بچوں میں جو اس مرض میں مبتلا تھے، الکحلیت کا واقعہ ثابت ہو چکا ہے لیکن غیر مشکوک کہبتِ جگر کی بعض اصابتیں ایسی بھی ہیں جن میں الکحل کو بحیثیتِ سببِ مرض کے یقینی طور پر خارج از بحث کیا جا سکتا ہے۔ یہ بھی ممکن ہے کہ معائی سموم اس مرض کی بعض قسمیں پیدا کر دیں۔ آتشک کے سبب سے ہونے والی کہبت پر بعد میں غور کیا گیا ہے۔ خفیف درجہ کی لیفی بنش بالیدگی مزمن مرض قلب کی وجہ سے بھی پیدا ہو سکتی ہے لیکن یہ کہبت نہیں جیسا کہ عام طور پر اس کا مفہوم لیا جاتا ہے۔ طحالی عدم دمویت (splenic anæmia) کی بعض اصابتوں میں (ملاحظہ ہو عدم دمویت کا بیان) جگر کی کہبت ایک متأخر نتیجہ کے طور پر واقع ہو سکتی ہے، اور اس صورت میں ان اصابتوں کو مرضِ بینٹی (Banti's disease) کہتے ہیں۔

بڑے جگر والی کہبت (large-livered cirrhosis) ان اصابتوں میں لونیت کے ساتھ بھی متلازم ہوتی ہے، جن میں سے بعض کو خونی لونیت

(haemofuscin) ہیموفسکن یا (haemochromatosis) کہتے ہیں۔ حدیدی صبغہ، ہیموفسکن اور ہیموسڈرن (haemosidrin) کی شکل میں ہیں۔ آخرالذکر بروسیائی ازرق تعامل (Prussian blue reaction) دیتا ہے، یعنی پرل (Pearl) کا کاسف۔ بڑی مقداروں میں (جسم میں کی کل مقدار کے مقابلہ میں ۱۰ گنا) جگر اور لبلبہ میں، نیز دوسرے اعضا میں، ارادی عضلہ میں، شکمی لمفی غدد اور جلد میں مطروح ہو جاتا ہے، اور تحاسیت (bronzing) پیدا کرتا ہے۔ یہ امر مشکوک ہے کہ کہبت، جگر میں اس صبغہ کے بعد پیدا ہوتی ہے یا پہلے۔ مسفور ذیابطس (diabeti bronze) میں ذیابیطس لبلبہ میں ہیموسڈرن کے مطروح ہونے کے بعد نمودار ہوتا ہے۔ یہ بھی رائے دی گئی ہے کہ خون کو تانبے کے اطالت پذیر تسمم کا نتیجہ ہوتی ہے۔

کالا آزار کے ساتھ، جو ایک ساری ہدایتی مرض ہے، معتدل درجہ کی کہبت موجود ہوتی ہے۔ کہبت، بڑھی ہوئی طحال، اور مغز استخوان کے تغیرات کا ایک کسیقدر مماثل اجتماع (لیکن بلالیتمان ڈونوونی اجسام کے) مصر کا ایک مقامی مرض ہے (Day and Ferguson) اور ایک عجیب طرح کی محدود المقام بابی کہبت (localised portal cerrhosis) پائی جاتی ہے، جو بلہارزیا (bilharzia) کی سرایت کا نتیجہ ہوتی ہے (ملاحظہ ہو بلہارزیت (bilharziasis)۔

مرضی تشریح۔ جسامت میں جگر بہت مختلف ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ بہت بڑا ہو، یا تقریباً طبعی جسامت کا ہو، یا نسبتہً بہت زیادہ چھوٹا ہو۔ اول الذکر حالت میں، جسے بعض اوقات بلیتی پرورشی کہبت (hypertrophic cirrhosis) کہتے ہیں، ممکن ہے کہ سطح خاصی چکنی ہو یا کسیقدر باریک دانے پیش کرے۔ آخرالذکر حالت میں، جسے بعض اوقات ذبولی کہبت (atrophic cirrhosis) کہتے ہیں، لیفی بافت کے وسیع اور غیر منتظم انقباض سے اکثر عضو کی شکل بہت بدل جاتی ہے اور اس کی سطح پر لیفی بافت کھردری گومڑیاں بنا دیتی ہے (گل میخی جگر = hobnailed liver)۔ جب بزل کے بعد دوران حیات میں استسقاء شکمی ہمیشہ پھر نمودار ہو گیا ہو تو کیسۂ جگر دبیز پایا جاتا ہے (ملاحظہ ہو گرد کبدی التہاب = perihepatitis)۔ لیفی بافت کے نمو کی وجہ سے، جو اس کے اندر تمام سمتوں میں دوڑتی ہے، جگر تمام مثالوں میں

معمول کی نسبت نہایت زیادہ لوچدار اور سخت ہوجاتا ہے۔ تراشنے پر وہ متعدد زرد، ہلکے بھورے اور زرد، یا بھورے رقبے پیش کرتا ہے جنھیں رمادی نیم شفاف لیفی بافت کے چوڑے حلقے گھیرے رہتے اور ایک دوسرے سے جدا کرتے ہیں۔ اگر ایسے جگر کا کہبت کے ابتدائی درجوں میں امتحان کیا جاسکے تو بابی قنالوں (کیسۂ گلیسن = Glisson's capsule) کے گرد و پیش کثیر التعداد گول خلیے اِس بافت کی دریزش کرتے ہوئے، اور بعض مثالوں میں لختکوں کے درمیان بلکہ اُن کے اندر داخل ہوتے ہوئے بھی پائے جائیں گے۔ ازاں بعد سپید لیفی بافت نمویاب ہوجاتی ہے، جو ایک ترقی یافتہ اضافت میں تراش کا ایک بڑا حصّہ بناتی ہے۔ عضو کے اندر دوڑنے والی لیفی بافت کے بند اُسے کبدی بافت کے جزیروں میں تقسیم کردیتے ہیں، جن میں سے ہر جزیرہ متعدد لختکوں پر مشتمل ہوسکتا ہے (کثیر لختکی کہبت = multilobular cirrhosis)۔ لیکن بارہا ایسا اتفاق ہوتا ہے کہ یہ لیفی بافت ایک لختک کو آرپار چیرتی ہوئی اُسکے بھی ٹکڑے کردیتی ہے، اور بعض اوقات منفرد لختک اُس سے گھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ بڑا تنوّع موجود ہوتا ہے۔ خلیات مذبول ہوتے ہیں اور ذرّاتِ صبغہ کی وجہ سے بیشتر ملوّن ہوکر زرد یا بھورے ہوجاتے ہیں۔ لیفی بافت میں کثیر التعداد نوساختہ عروق دمویہ ہوتے ہیں جنھیں کبدی شریان میں سے مشرب کیا جا سکتا ہے، اور بازتکوین یافتہ کبدی خلیے بھی دیکھے جاتے ہیں۔ فی الحقیقت کہبت کی پیدائش کو جسم کی طرف سے مرمّت کی سعی سمجھنا چاہئے، جو لختک کے وسطی اور بیرونی منطقوں کے تنخّر کے بعد ہوتی ہے۔ 395 نوساختہ، نہایت عروقی لیفی بافت میں ایک فائدہ ہے، کیونکہ وہ بازتکوین یافتہ کبدی خلیوں کو تغذیہ بہم پہنچاتی ہے (78)۔ ازاں بعد وہ بیکار ہوکر سکڑ جاتی ہے اور اِسطرح کبدی خلیات، وریدالباب کی شاخوں، اور شاید صفراوی قناتوں کو زیادہ زیادہ مضغوط کرتی جاتی ہے۔ اتصالی بافت کی بیش بالیدگی کی وجہ سے جگر ابتداءً بڑا ہوجاتا ہے، اور بعض بڑے اکہبت جگروں میں چربی کی کچھ مقدار بھی موجود ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ کبدی خلیات اور چربی بالآخر غائب ہوکر جگر اپنے معمولی وزن سے بھی بہت کم ہوجائے۔ چنانچہ جگر کی تغیّر پذیر جسامت کا انحصار، کم از کم جزءً، اُس درجہ پر ہوتا ہے کہ جس تک عمل ترقی کرچکا ہے۔

سرطانی کھبت (cirrhosis carcinomatosa) اُن اصابتوں کا نام ہے جن میں اکھبت جگر میں ایک اوّلی سرطان نمودار ہوجاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 400)۔ قرین قیاس ہے کہ یہ مزمن خراش سے اُسی طرح پیدا ہوجاتا ہے جس طرح مزمن آتشکی التہابِ زبان (chronic syphilitic glossitis) کے بعد زبان کا سرطلمی سلعہ (epithelioma) ہوجاتا ہے۔

علامات - بابی کھبت کے علامات بالخصوص بابی دورانِ خون کے بڑھتے ہوئے تسدد کی وجہ سے پیدا ہوجاتے ہیں، یرقان اور کبدی قلت کے دیگر امارات اکثر مفقود ہوتے ہیں، یا مرمرض میں ان کا ظہور دیر سے ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ مفصل سے وان ڈن برگ کا دوہیئتی تعامل حاصل ہوجائے۔ کثرت شرابخواری کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ اکثر التہاب المعدہ موجود ہوتا ہے، جس سے بھوک جاتی رہتی ہے، زبان فردار ہوتی ہے، اور قئے ہوا کرتی ہے، بالخصوص صبح کے وقت لیکن اس درجہ میں شکم کے امتحان سے ممکن ہے کہ جگر کی نہایت بڑی کلانی پائی جائے، جس کا مریض کو بالکل علم نہیں ہوتا۔ اس کے بعد دوسری علامت جو اکثر پائی جاتی ہے قئے الدم ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ بابی دورانِ خون میں تسدد شروع ہوگیا ہے۔ چونکہ ورید الباب کے خون کو جگر میں سے ہوکر گذرنے میں دقت محسوس ہوتی ہے، اس نظام کے جذرات یعنے ماساریقی، معدی اور طحالی وریدیں بھی بلاشبہ ممتلی ہوجاتی ہیں اور اُن سے مخاطی سطحوں پر ادماء ہونے کا رجحان ہوجاتا ہے۔ لیکن بعض اوقات یہ خون مری کے زیریں سرے پر کی اُن وریدوں کے انشقاق سے آتا ہے، جو ورید الباب کی شاخوں اور تحتانی ورید اجوف یا ورید مجرد کی شاخوں کے درمیان آزادانہ ارتباط قائم کرنے کے دوران میں دوالی نما بنگئی ہیں۔ قئے الدم کے بعد برازِ دم الاسود ہوسکتا ہے۔ اس کے ساتھ ہی بواسیر کی موجودگی نادرالوقوع نہیں، اور دورانِ کھبت میں دوسرے حصوں (مسوڑھوں، ناک، اور پھیپھڑوں) سے نزف واقع ہونے کا امکان بھی ہوتا ہے۔

بابی تسدد کا اہم ترین اور مستمر نتیجہ سیّال کا وہ انصباب ہے جو پھولی ہوئی وریدوں سے کہفۂ باریطونی کے اندر ہوتا اور استسقاء کی وہ قسم پیدا کردیتا ہے جو اس سے پہلے استسقائے شکمی کے نام سے بیان کی گئی ہے۔ بہت سی اصابتوں میں

استسقائے شکمی کے مویاب ہوجانے کے بعد بھی جگر بڑھا ہوا ہوتا ہے اور پسلیوں سے ایک یا زائد انچ نیچے محسوس کیا جا سکتا ہے ۔ اس کی کور سخت اور نہایت تیز یا گول ہوتی ہے لیکن اگر گرد کبدی التہاب زیادہ ہے تو جگر کی سطح چکنی ہوتی ہے ۔ تاہم وہ عموماً دانہ دار یا گرہ کی ہوتی ہے ۔ طحال اکثر بڑی ہوجاتی ہے اور ممکن ہے کہ محسوس ہوسکے ۔ اس کا وزن اکثر ۲۰ تا ۳۰ اونس ہوتا ہے شکم کی سطح بڑی وریدوں سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے ، جو حرقفی اور صدری تنوں کے درمیان دوڑتی ہیں ۔ اس مجانب دوران خون کے ذریعہ بابی دوران خون کو سبکساری حاصل ہوجاتی ہے ۔ یہ ایک اہم امر ہے کیونکہ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ بابی نظام ، عام دوران خون سے بکلی بے تعلق نہیں ہے ، بلکہ حالت صحت میں بھی ایسے ذرائع ارتباط موجود ہیں ، جو کہ بہت کی حالت میں بہت بڑھ جاتے ہیں ، اور جو بابی ورید کے جذرات میں کا کچھ خون قلب کی دائیں جانب پہنچا دیتے ہیں بغیر اس کے کہ اس کو جگر میں سے گذاریں ۔ ان ذرائع ارتباط میں سے حسب ذیل بیان کئے گئے ہیں :۔ (۱) معدی اور مریوی اور ردہ کے درمیاں ارتباطات ، فتحۂ ڈایا فرامی کے مقام پر ۔ (۲) تحتانی ماساریقی کے ، اور اندرونی حرقفی وریدلی لوایسری شاخوں کے درمیان ارتباطات ۔ (۳) معدے کی اکلیلی وریدوں کے ، اور حجابی وریدوں کی شاخوں کے درمیان ارتباطات ۔ (۴) ماساریقی وریدوں کی شاخوں کے ، اور منوی ورید یا دیوار شکم کی دوسری وریدوں کے درمیان ارتباطات ۔ فرے رش (Frerichs) نے (۵) ان عروق کا تذکرہ کیا ہے جو جگر اور ڈایا فرام کے درمیان انضمامات کے اندر پیدا ہوجاتے ہیں ، اور بعض اوقات (۶) جگر کے رباط مستدیر کے طول میں دوڑتی ہوئی ایک بڑی ورید (سیاپی کی معین بابی ورید: accessory portal of Sappey) پائی گئی ہے جس کی وساطت سے بابی ورید شراسیفی اور اندرونی پستانی کی شاخوں سے براہ راست ارتباط حاصل کرتی ہے ۔

بڑے استسقائے شکمی کے ذریعہ پھیپھڑوں کے قاعدے اکثر نہایت دب کر پچک جاتے ہیں ۔ استسقاء الصدر اور پھیپھڑوں کا ہیج بھی اکثر ہوجایا کرتے ہیں ۔ استسقائے شکمی کے خوب نمو یافتہ ہوجانے تک مریض دوسرے لحاظ سے بھی اکثر خطرناک طور پر بیمار ہوتا ہے ۔ وہ دبلا اور کمزور ہوتا ہے ، اس کی آنکھیں اندر بیٹھی ہوئی

ہوتی ہیں، یرقان کی خفیف سی جھلک موجود ہوتی ہے، اور چہرہ پر چھوٹی ستارہ نما وریدیں ہوتی ہیں۔ تپش زیادہ تر طبعی درجہ پر ہوتی ہے لیکن بعض اوقات بخار موجود ہوتا ہے۔ استسقائے شکمی کے ظاہر ہونے کے چند ہی مہینوں کے اندر موت اکثر یا تو فشل قلب کے ساتھ، یا دماغی علامات (ہذیان اور قوما) کے ساتھ واقع ہوجاتی ہے، اور یہ دماغی علامات مزمن الکحلیت سے واقع ہوتی ہیں۔ کبھی کبھی قئے الدم مہلک ہوجاتی ہے۔ ثانوی سرایتیں بھی عموماً ہلاکت پیدا کردیتی ہیں۔

تشخیص۔ کہبت اکثر مخفی رہتی ہے یہاں تک کہ قئے الدم، استسقائے شکمی، یا خفیف سا یرقان اس کے راز کو افشا کردے۔ یا الکحلی عادات کی وجہ سے اس کے آغاز کا شبہ کیا جاتا ہے، اور لیولوس یا گیلکٹوس کے تحمل کے مثبت کاشفہ سے اس کا ثبوت ملتا ہے۔ یہ پہلے ہی بیان کیا گیا ہے کہ ممکن ہے کہ ایک شرابی میں جسے کوئی یقینی تکلیف نہیں، امتحان کرنے پر ایک بڑھا ہوا ناہموار جگر پایا جائے۔ نہایت عام طور پر یہ ہوتا ہے کہ تشخیص اسوقت کرنی پڑتی ہے جبکہ استسقائے شکمی پہلے ہی نمودار ہوچکتا ہے، اور پھر شرابخواری کی کثرت اور قئے الدم کی سرگذشت، بڑھے ہوئے جگر، بڑھی ہوئی طحال اور خفیف سے یرقان کی موجودگی، یہ سب تشخیص مرض کے لئے کافی ہوتے ہیں۔ کبدی وظیفی کاشفات بھی تشخیص میں مفید ہوتے ہیں۔ جگر اور باریطون کی ان دوسری حالتوں میں سے جو استسقائے شکمی پیدا کردیتی ہیں، اہم ترین یہ ہیں: سرطان، جو ممکن ہے کہ ورید الباب یا اس کی سب سے بڑی شاخوں کو منسد کردے اور باریطون کی مزمن درنی التہاب کے ساتھ گرد کبدی التہاب کا اجتماع (ملاحظہ ہو گرد کبدی التہاب)۔ سرطان اور درنہ، جب وہ جگر سے دور ہوں تو بھی التہاب باریطون پیدا کردیتے ہیں، جس کا نتیجہ استسقائے شکمی ہوتا ہے۔ اول الذکر کی شناخت بالعموم ان گرہوں پر سے ہوسکتی ہے جو شکم کے مختلف حصوں میں پیدا ہوجاتی ہیں۔ آخر الذکر اکثر ثرب کی ایک دبازت پیش کرتا ہے، جسے غلطی سے بڑھا ہوا جگر سمجھا جاسکتا ہے۔ قئے الدم اکثر کہبت کا نتیجہ ہوتی ہے اور تشخیص کے لئے بہت کارآمد ہے لیکن وہ حاد معدی قرحہ (acute gastric ulcer) اور طحالی عدم دمویت (splenic anæmia) میں بھی عام طور پر ہوا کرتی ہے۔

انذار - ابتدائی درجوں میں، بالخصوص اسوقت جبکہ یہ حالت وظیفی کاشفہ کے ذریعہ دریافت ہوگئی ہو، اگر الکحل کو بند کر دیا جائے تو انذار اچھا ہوتا ہے - جب استسقائے شکمی نمویاب ہوگیا ہو تو مریض، مکرر بزل عمل میں لاکر چند سال تک زندہ رہ سکتا ہے - بچوں کی بعض اصابتوں میں استسقائے شکمی اولین علامت کے طور پر نمودار ہوا ہے، اور اس کے باوجود مریض ۸ یا ۱۰ سال تک زندہ رہا ہے -

علاج - خود اکہب جگر کے متعلق کچھ بھی نہیں کیا جا سکتا - اور علاج یہی باقی رہ جاتا ہے کہ مزید فساد کا سدباب کر دیا جائے اور جو کچھ نقصان ابتک ہوچکا ہے اُس کے اثرات کے ازالہ کی کوشش کی جائے - الکحلی کہبت میں اولین ضرورت یہ ہے کہ شراب کا ادخال قطعاً روک دیا جائے - اور ابتدائی درجوں میں، جبکہ ابھی جگر سکڑا ہوا نہیں ہے اور استسقائے شکمی ابتک نمودار نہیں ہوا ہے ممکن ہے کہ جگر اپنی طبعی جسامت پھر حاصل کرلے - تاہم ایسی اصابت میں یہ کہنا کہ کیفیت کس حد تک ترقی کر چکی ہے ناممکن ہے - غذا میں کثرت سے کاربوہائیڈریٹ ہونے چاہئیں اور پروٹینوں کی مقدار محدود کر دینی چاہئے - امعاء کو فعال رکھنا چاہئے، اور متلی اور سوء ہضم کے کوئی علامات ہوں تو اُن کا علاج اس طرح کرنا چاہئے کہ جس طرح پہلے بیان کیا گیا ہے - جب استسقائے شکمی ہوجائے تو مدرات بول کے ذریعہ اسکو دور کرنا غیر محفوظ سمجھا گیا ہے، مثلاً سیلرگان (salyrgan) کے ذریعہ کہ جس میں سموم پائے جاتے ہیں، تاہم یہ مدرات بول اکثر استعمال کئے گئے ہیں - مسہلات میں سے مندرجۂ ذیل استعمال کئے جا سکتے ہیں:- سلفیٹ آف میگنیشیم، بائٹارٹریٹ آف پوٹاسیم، مرکب سفوف جلابہ (compound jalap powder)، یا ایلاٹیریئم (elaterium) - اگر شکم بہت تنیدہ ہوجائے تو بزل کی ضرورت ہے، اور جب سیال پھر جمع ہوجائے تو بعض اوقات اس بزل کو مکرر کرنے سے کامیابی حاصل ہوتی ہے - اس رائے کی بناء پر کہ استسقائے شکمی بالخصوص میکانی مبداء رکھتا ہے، ایک مجانبی دوران خون کو نمویاب کرنے کی حسب ذیل کوششیں کی گئی ہیں:- (۱) شکم کو کھولنا، اور جگر اور ڈایافرام کی مقابل سطحوں کو کھرچ کر انہیں ایک دوسرے کے تماس میں لانا (Drummond and Morison Talma)، اور (۲) ثرب کبیر کو شکم کی سامنے

کی دیوار سے جوڑنا (تثبیت الثرب = epiplopexy)۔ اس کے متعلق بیان تک کیا گیا ہے کہ ان عملیوں میں سے ۳۰ فیصدی میں کچھ کامیابی حاصل ہوئی ہے۔

صفراوی کہبت

(biliary cirrhosis)

ایھینو کی کہبت (Hanot's cirrhosis) (بیش بروشی صفراوی کہبت = hypertrophic biliary cirrhosis)۔ اس مرض کی تسبیب ابتک مبہم ہے۔ یہ نامعلوم ہے کہ اولاً جگر کی کبعی بافت ماؤف ہوتی ہے یا صفراوی قناتیں۔ یہ ایک شاذ مرض ہے، جو عورتوں کی نسبت مردوں میں زیادہ ہوتا ہے اور اکثر بچوں میں ہوا کرتا ہے۔ جگر کی کلانی بہت زیادہ، اور اکثر بچوں میں طحال کی کلانی اس سے بھی زیادہ ہوتی ہے۔ مریض کی بالیدگی ٹھٹھری ہوئی، جلد کی گہری لونیت، اور ہاتھ کی انگلیوں کے سرے نمایاں طور پر گرز شکل ہو جاتے ہیں (کلاں طحالی کہبت = splenomegalic cirrhosis)۔ یرقان اس مرض کا نمایاں خاصہ ہوتا ہے، اور مثانہ میں صبغۂ صفرا موجود ہوتا ہے، لیکن استسقائے شکمی عین اختتام کے وقت تک نہیں پایا جاتا۔ ممکن ہے کہ یہ مرض کئی سال تک جاری رہے۔ خاتمہ کے قریب مریض کو ہذیان ہو جاتا ہے، بعض اوقات نہایت تندی اور جوش کے ساتھ، اور پھر وہ قوما زدہ ہو جاتا ہے۔ تپش بلند درجہ پر ہوتی ہے، جلد کے نیچے اور مخاطی اغشیہ سے نزف ہوتا ہے اور وہ تین یا چار دن میں مر جاتا ہے۔

جگر چکنا اور بڑا ہونے کے علاوہ، تراشنے پر صفرا سے گہرا ملوّن ہوتا ہے۔ بابی کہبت کی نسبت اس حالت میں لیفی بافت نہایت زیادہ نازک طور پر مرتب ہوتی ہے، اور ہر لختک لیفی بافت سے گھرا ہوا ہوتا ہے (یک لختکی کہبت = unilobular cirrhosis)۔ ممکن ہے کہ کچھ لیفی بافت لختک کے اندر اور کبدی خلیات کے گرد بھی موجود ہو۔ صفراوی قناتوں کا نمایاں تکاثر ہوتا ہے۔ اس کی شہادت موجود ہے کہ ایک بڑا کہب جگر مریض کے زمانۂ حیات ہی میں چھوٹا ہو جا سکتا ہے۔ سر فریڈرک ٹیلر نے ایک اصابت کا اندراج کیا ہے، جس میں جگر ناف سے نیچے

پہنچ گیا تھا، اور مریض کو نہایت خوب نمایاں یرقان تو تھا مگر کوئی استسقائے شکمی نہ تھا۔ پندرہ مہینے بعد یہ جگر سکڑ کر پسلیوں کی کور کے نیچے اور بالکل قریب آگیا۔ علاج بابی کہبت کے تحت بیان کیا گیا ہے۔

۲۔ تسددی قسم (obstructive form)۔ رُوس (Rous) اور لاری مور (Larimore) نے ایک صفراوی قنات اور ورید الباب کی متناظر شاخ میں بندش لگا کر تجربۃً ایک خالص یک لختی کہبت پیدا کر لی، جو ہینو کی کہبت سے مشابہ تھی۔ پیدا شدہ صفرا کی مقدار پہلے کی نسبت کم تھی، لیکن چونکہ وہ معمولی مجاری میں سے نہیں گذر سکتا تھا، لہذا وہ میاں لختی قناتوں کی دیواروں میں سے گذر کر باہر نکل آیا اور اس سے خراش اور لیفی بافت پیدا ہوگئی۔

پھر اس کی بجائے ورید الباب کی دوسری شاخوں میں بندش لگا کر تمام بابی خون کو جگر کے اُس رقبہ کی طرف منحرف کر دیا گیا جہاں صفراوی رکود تھا، صفرا کی نسبتہً زیادہ مقدار پیدا ہوئی اور اُس نے بین لختی صفراوی قنالچوں سے خارج ہو کر ایک گِرد خلوی کہبت پیدا کر دی۔

یہ نتائج ہینو کی کہبت کی امراضیات پر قدرتی طور پر بہت روشنی ڈالتے ہیں، اور اس امر کی طرف اشارہ کرتے ہیں کہ ممکن ہے کہ وہ دراصل نسبتہً چھوٹی صفراوی گذرگاہوں کے تسدد کے باعث ہو۔ لیکن صریحاً تسددی صفراوی کہبت کی ایک ایسی قسم بھی ہے جو ہمیشہ نہیں مگر گاہے گاہے سریری طور پر اُس وقت پائی جاتی ہے جبکہ سنگہائے صفرا یا سرطان وغیرہ کے باعث صفراوی قناتوں کا طویل عرصہ سے مسلسل تسدد ہو۔ صفراوی قناتیں بہت متسع نظر آتی ہیں، اور ممکن ہے کہ جگر یک لختی یا بعض اوقات کثیر لختی کہبت ظاہر کرے۔ علاج یہ ہے کہ جراحی تدابیر سے حتی الامکان سبب کو دور کیا جائے۔

جگر کی آتشک اور تدرن

آتشک پیدائشی ہوسکتی ہے یا اکتسابی۔

پیدائشی آتشک اولاً گِرد خلوی کہبت (pericellular cirrhosis) کے طور پر ہوتی ہے، اور ثانیاً صمغیہ کے طور پر۔ اول الذکر تغیر ایک

لوی دررریزش کے طور پر شروع ہوتا ہے، جو نمویاب ہوکر ایک لیف آسا تصلب بنجاتی
ہے۔ وہ لختکوں پر حملہ آور ہوکر ہر خلیہ کو لیفی بافت کی ایک تہ سے گھیر لیتی اور جگر کی بڑی
انی پیدا کر دیتی ہے۔ ممکن ہے کہ خردبینی امتحان سے حسب ذیل امور نظر آئیں :۔(۱)
بی قنالوں کے گرد لیفی بافت کی زیادتی (گرد بابی کہبت =periportal cirrhosis)۔
(۲) کثیر التعداد مصغیٔ سرخ خلیئے، بایں وجہ کہ جگر اپنے مُدرقی افعال جاری رکھتا ہے،
س سے اُس اِتلاف جُسیمات کی تلافی ہوسکتی ہے، جو آتشکی سم کی وجہ سے واقع ہوجاتا
ہے۔(۳) ذھنی صمغیے (80) اتصالی بافت میں پیچ موئے موجود ہوتے ہیں۔ ساتھ ہی
حال اکثر بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ یرقان کبھی کبھی ہوتا ہے، لیکن استسقائے شکمی شاذ ہی۔
عض اوقات اُن اشخاص میں جو پہلے بین خلوی کہبت کا موضوع رہ چکے ہوں کثیر
فتکی کہبت نمویاب ہوجاتی ہے۔

علاج۔ ملاحظہ ہو پیدائشی آتشک صفحہ 177۔

اکتسابی آتشک۔ یرقان (جو آتشک کے ابتدائی درجوں میں اکثر
ہوا کرتا ہے اور آرسینو بینزال کے مرکبات کے رواج سے پہلے معلوم تھا) ظاہر کرتا
ہے کہ یہ سرایت ایک حاد التہاب جگر پیدا کر سکتی ہے۔ آخری درجوں میں آتشک
جگر کا صمغیہ پیدا کر دیتی ہے۔ اِس کے عام خصائص وہی ہوتے ہیں جو دوسرے
مقامات کے صمغیہ میں پائے جاتے ہیں، اور اِس میں پیچ موئے بھی پائے جاتے ہیں۔
یہ صمغیے کم وبیش کُروی زرد تودے ہیں جو لوچدار اور لچکدار ہوتے ہیں اور رمادی
لیفی بافت کے ایک منطقہ سے گھرے ہوئے ہوتے ہیں، جس سے کثیر التعداد بند
نکلکر منصلہ کبدی جرم کے اندر جاتے ہیں۔ اِس لیفی بافت کے انقباض سے جگر کی
سطح پر ایک نشیب یا شق پیدا ہوجاتا ہے، جس کی تہ میں اُسے پیدا کرنے والا
صمغیہ واقع ہوتا ہے۔ اور اِس طرح سے جگر ناہموار طور پر لختکدار اور مشوہ ہوسکتا
ہے۔ اکثر اوقات صمغیے مرکز میں ٹوٹ پھوٹ کر ایک ریم نما ربخت بنجاتے ہیں۔
اِس کے برعکس ممکن ہے کہ وہ بالکل لیفی بنجائیں اور اِس کا نتیجہ یہ ہو کہ ایک تخفف ندبہ
کے سوائے اور کچھ باقی نہ رہے۔ یا ممکن ہے کہ اُن میں کلسی ذرات کا جماؤ ہوجائے۔
صمغیتی جگر اکثر چربتی ہوجاتے ہیں، اور اس کا نتیجہ یہ ہوسکتا ہے کہ وہ باوجود ندبی

398

انقباضات کسے بڑی جسامت کے ہوں ۔آتشک کی وجہ سے ہونے والا ایک دوسرا تغیر، گرد کبدی التہاب ہے ۔اغلب ہے کہ کثیر لختی کہبت کی بعض اصابتوں کا سبب آتشک ہی ہو۔

علامات۔ کبھی کبھی جگر کی اگلی سطح پر ایک بڑا صمغیہ ایک اُبھار بنا سکتا ہے، جو چکنا اور لچکدار ہوتا ہے، اور اس پر ایک کیسیہ یا دوسرے دُویرے کا بہ شدت گمان ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ دائیں ضلعی حاشیہ کو اوپر اُٹھا دے۔ اِس سے بھی زیادہ کثرت کے ساتھ، لیکن غالباً آخری درجوں میں، آتشکی جگر بڑے، سخت، سطح پر ناہموار، اور لیفی ندبات کے سکڑنے کی وجہ سے مشوّہ ہوتے ہیں۔ نہ تو استسقائے شکمی کی اور نہ یرقان کی موجودگی لازمی ہے، لیکن مخصوص اصابتوں میں ممکن ہے کہ وہ ورید الباب یا قنات صفرا پر ایک صمغیہ کا دباؤ پڑنے کی وجہ سے پیدا ہو جائیں۔ اور گردے کے ہمزمان چربشی مرض کی وجہ سے اکثر البیومن بولیت بھی موجود ہوتی ہے۔ بعض اوقات صمغیہ کے ساتھ عادی قسم کا ایک قطعی بخار موجود ہوتا ہے۔

علاج۔ ابتدائی اصابتوں میں آیوڈائڈ آف پوٹاسیئم صمغیہ کو بہ سرعت گھٹا کر اُس کے ساتھ کے بخار کو روک دیگا۔ سالورسان (salvarsan) بھی احتیاط کے ساتھ آزمایا جا سکتا ہے، اور اس صورت میں مریض کو کاربوہائیڈریٹ بہ افراط دئے جائیں لیکن جب کہنہ ندبات اور وسیع چربشی مرض موجود ہوں تو فائدے کی توقع بہت کم ہو سکتی ہے۔

تدرّن ۔ یہ تقریباً ہمیشہ عام تدرّن کا جزو ہوتا ہے۔ (ملاحظہ ہو دخنی تدرّن صفحہ 163)۔

جگر میں نو بالیدیں
(new growths in the liver)

جگر کا واحد سلعہ جو کچھ بھی عام ہے، سرطان ہے۔ دوسرے اکثر الوقوع سلعات میں سے حسب ذیل ہیں:۔ کھفکی عروقی سلعہ (cavernous angeioma)، سادہ دُویرے (simple cysts)، اور وہ لمفی غددی سلعی مطروحات (lymphadenomatous

(deposits) جو مرضِ ہاجکن کے ساتھ متلازم ہوتے ہیں۔ یہ شاذ ہی کوئی معین علامات پیدا کرتے ہیں۔ تکلہ نما خلیوں والا لحمی سلعہ (spindle-cell sarcoma)، میلانینی لحمی سلعہ (melano-sarcoma)، دُویری لحمی سلعہ (cysto-sarcoma)، مخاطی سلعہ (myxoma)، اور غدّی سلعہ (adenoma) بھی مرقوم ہیں۔

کبدِ شحیم

(fatty liver)

شحمی درریزش (fatty infiltration)۔ کبدی خلیات میں طبعی طور پر شحم کی تھوڑی مقدار موجود رہتی ہے۔ بعض حالات میں یہ تعدیلی شحم بے انتہا زیادہ ہو جاتا ہے۔ شحمی انحطاط (fatty degeneration)۔ اس حالت میں شحم کے طبیعی خواص میں تبدیلی ہو جاتی ہے۔ نتیجتاً طور پر ایسے خلیات کے اندر گلوبیولز کے طور پر دیکھا جا سکتا ہے، اور اسی وجہ سے خلیات انحطاط یافتہ ہو جاتے ہیں۔

بحث اسباب۔ شحمی درریزش اور انحطاط کے بے شمار اسباب ہیں۔ ان میں مندرجہ ذیل شامل ہیں: ۔ حمل اور رضاعت۔ عمومی فربہی۔ فاقہ کشی۔ جگر کا امتلا فشل قلب میں۔ ذیابیطس جس کا علاج نہ کیا جائے۔ اِنشاج (eclampsia)۔ عمومی حالتیں کہ جن میں سموم اور بلند تپش خلیہ کو نقصان رسیدہ کر دیتے ہیں۔ شدید علم دمویت۔ جگر کا حاد تنخر۔ اور دوسرے امراض۔ فاسفورس، سنکھیا، کاربن مانا کسائیڈ (carbon monoxide)، کلوروفارم (chloroform)، فینائل ہائیڈرازین (phenyl hydrazine)، اور کاربن ٹٹرا کلورائیڈ (carbon tetrachloride) وغیرہ کا تسمم۔

امراضیات۔ شحیم جگر بہت بڑا ہو جاتا ہے۔ اس کی سطح چکنی ہوتی ہے، اس کے کنارے کسیقدر گول ہوتے ہیں، اور تراشنے پر اس کا رنگ سفیدی مائل زرد اور منظر یکساں ہوتا ہے، اور ممکن ہے یہ فی الحقیقت پانی میں تیرے۔

علامات۔ شحیم جگر میں درد بالکل نہیں ہوتا۔ اس کو حس کرنا دشوار ہوتا ہے

کیونکہ یہ نرم کثافت کا ہوتا ہے، گو کہ بڑا اور چکنا ہوتا ہے۔ نیز ممکن ہے شکلی دیوار فربہ ہو۔ فی الجملہ اس کے علامات، تسبیبی حالت کے علامات ہوتے ہیں۔ فربہی پر جو فصل ہے خاص کر اس کو ملاحظہ کیا جائے۔

تجربی طور پر یہ مشاہدہ کیا گیا کہ لبلبہ ربودہ کتوں میں ذیابیطس میں مرورِ مدت کے ساتھ اکثر اوقات بظاہر اصلاح ہو گئی۔ کم شکر خارج ہوئی، اس کے باوجود 399 یہ حیوان بالآخر مر گیا اور اس میں ایک شحیم جگر پایا گیا۔ جب ان حیوانوں کو لبلبہ براہِ دہن دیا گیا تو وہ صحت مند رہے لبلبہ میں جو مادہ شفا کا سبب ہے ممکن ہے وہ کولین (choline) ہو (79)-

چربیلی مرض

(LARDACEOUS DISEASE)

نشا آسا مرض (amyloid disease)

تقیّح الصدر اور سلِ ریوی کے تعلق میں چربیلی انحطاط کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے۔ اور چونکہ جگر ان اعضا میں سے ایک عضو ہے، جو بیشتر اوقات ماؤف ہو جاتے ہیں، لہٰذا یہاں اس انحطاط کا ایک مختصر بیان درج کر دینا ضروری ہے۔ اس میں بافتوں کے اندر ایک سخت، بے رنگ، نیم شفاف، پروٹینی مادے کا جماؤ ہو جاتا ہے جس میں بہت سی ٹائروسین (tyrosine) (لارڈیسین یا نشا آسا = lardacein or amyloid) موجود ہوتی ہے، اور بعض ملوّن عاملات اس مادہ کی تلوین کر دیتے ہیں۔ مثلاً آیوڈین کا آبی محلول اس کا رنگ بدل کر اسے گہرے بھورے سرخ مہاگنی رنگ کا کر دیتا ہے۔ تازہ جگر کی ایک تراشش پر (جس کو پہلے دھو کر خون سے مبرا کر دیا گیا ہو) آیوڈین لگائی جاتی ہے، تو ماؤف حصہ کا خاکہ اس ممیز رنگ کے ذریعہ واضح ہو جاتا ہے۔ ازاں بعد ہلکا سلفیورک ایسڈ شامل کر دینے سے یہ رنگ بدل کر سیاہ ارغوانی ہو جاتا ہے۔ میتھل وایولیٹ (methyl violet) یا جنشن وایولیٹ (gentian violet) چربیلی یا نشا آسا مادے کو سرخ بنا دیتی ہے، لیکن گرد و پیش کی تندرست بافت کا

رنگ نیلا ہوجاتا ہے۔

جن بافتوں میں یہ چربشی مادہ پایا جاتا ہے وہ بہ ترتیب زمانی سب سے پہلے عروق دمویہ کی دیواریں، دوئم مختلف اتصالی بافتیں اور بالآخر عضو کے غدی خلیات ہیں (بشرطیکہ ان میں یہ مادہ پایا جائے)۔ درحقیقت یہ مادہ اپنے محلِ وقوع کے لحاظ سے زیادہ تر بین خلوی ہوتا ہے۔ چنانچہ چھوٹی شرائین میں اس کا جماؤ درمیانی طبقہ کے عضلی ریشوں کے خلیات کے درمیان ہوتا ہے، اور اُن کو ایک دوسرے سے علیحدہ کرتا ہے۔ طحال میں یہ گودے کے خلیات کے درمیان دھاریوں اور جِلیتیوں کی طرح موجود رہتا ہے۔ اور جگر میں یہ عروق شعریہ اور غدی خلیات کے درمیان مماثل ریزوں کی صورت میں پڑا ہوا ہوتا ہے۔ درحقیقت یہ اتنا انحطاط نہیں کہ جتنا ساخت میں ایک قسم کا اضافہ ہے، اور وہ ٹھوس اعضا جو اس سے ماؤف ہوجاتے ہیں، عموماً بہت بڑے ہوجاتے ہیں۔ عروق سے اس کا جو تعلق ہے اُس سے ظاہر ہوتا ہے کہ اس کا جماؤ خون میں سے ہوتا ہے۔ یہ اکثر و بیشتر طحال، گردوں، جگر، امعاء اور معدے میں واقع ہوتا ہے، اور گھٹتے ہوئے تواتر کے ساتھ فوق الکلیہ کیسوں، غدد لمفائیہ، درقیہ، اُور طہ، مبیضین، اور رحم میں۔ چربشی جماؤ جسم کے کسی بھی حصے میں طویل تقیح ہونے کے باعث ہوتا ہے، اور سِل ریوی، آتشک ثالثی، ہڈیوں اور مفاصل کے دَرَنی مرض، اور تقیح الصدر میں بالخصوص عام ہے، یا آتشک میں بلا تقیح کے بھی۔

جگر میں چربشی تغیر ابتدائے لختکوں کے درمیانی منطقہ میں دیکھا جاتا ہے، جہاں عروقِ شعریہ شریانِ کبدی کے انقسامات کے ساتھ نہایت قریبی طور پر وابستہ ہوتے ہیں۔ جوں جوں یہ جماؤ بڑھتا جاتا ہے، کبدی خلیات مضغوط ہوکر مذبول ہوتے جاتے ہیں، لیکن خود اُن کے اندر چربشی جماؤ صرف کبھی کبھی ہی ہوتا ہے۔ جگر بے انتہا بڑا ہوجاتا ہے، اُس کی سطح چکنی اور کور کسیقدر گول ہوجاتی ہے، اور اُس میں دَرد یا اَلیمیت مطلق نہیں ہوتی۔ یہ مرض یرقان نہیں پیدا کرتا۔ اس کے ساتھ تسببی مرض کے علامات موجود ہوتے ہیں، اور ساتھ ہی اکثر طحال کی کلانی، البیومن بولیت اور اسہال بھی، جو دوسرے

اعضا کے اندر اس کے جماؤ کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ چربشی جگر جو ساتھ ہی آتشکی صمغیہ یا ندبہ کا محل وقوع ہو قدرتاً اپنی ہموار چکنی سطح کو کھو دیتا ہے مگر وہ اپنے دوسرے تلازمات کی وجہ سے شناخت کیا جا سکتا ہے۔ بابی دوران خون تنہا چربشی تغیر سے متسدد نہیں ہوتا اور گو استسقا رشکمی اکثر اوقات موجود ہوتا ہے وہ بیشتر استسقائے کلّی کے ساتھ متلازم ہوتا ہے اور ان دونوں کو گردوں کے ہم زماں مرض سے منسوب کرنا چاہیے یا ممکن ہے کہ وہ دوسری پیچیدگیوں مثلاً کہبت صمغیہ یا مزمن التہاب باریطون کے باعث ہوں۔ گردہ کا چربشی مرض اکثر کلاں سفید گردہ کا سا منظر پیدا کر دیتا ہے۔ خردبینی امتحان پر قنبلی گچھا بسا اوقات سب سے پہلے تبدیل ہوتا ہے اور اس کے بعد یکے بعد دیگرے عروق درآرندہ عروق مستقیمہ عروق برآرندہ اور بین انبوبی عروق۔ تاہم بعض اصابتوں میں یہ تبدیلی عروق مستقیمہ میں اس وقت سے پہلے پائی جاتی ہے جب کہ یہ قنبلی گچھے میں دیکھی جاتی ہے۔ اس کے علاوہ کلاں سفید گردے کے التہابی تغیرات موجود ہوتے ہیں چربشی طحال بڑھی ہوئی سخت اور چکنی ہوتی ہے۔ یہ تبدیلی طحالی عروق کو اور میلپگیائی جسیموں (Malpighian corpuscles) کو متاثر کرتی ہے اور میلپگیائی جسیمے سطح پر سفید داغوں کے طور پر نظر آتے ہیں (صابو طحال = sago spleen)۔ دوسری اصابتوں میں چربشی مادہ گودے کے خلیات کے درمیان مطروح ہوتا ہے اور عضو زیادہ یکساں طور پر شاحب ہوتا ہے۔

تشخیص کیدی کچوکے کے ذریعہ کی جاتی ہے۔ ایک ایسی اصابت میں کہ جس میں طویل المدت تقیحی ضرر یا ثالثی آتشک ہو البیومن بولیت کی موجودگی اس مرض کے امکان کا اشارہ کرے گی بالخصوص اگر طحال یا جگر بہت بڑھے ہوئے ہوں۔ پیشاب میں چند زجاجی یا ذراتی سانچے موجود ہوتے ہیں اور گا ہے ایسے سانچے جو کہ چربشی تعامل دیتے ہیں۔ اگر گردے کے وظائف میں بہت خلل واقع ہو گیا ہو تو اصابت کسی ایک قسم کے مرض برائٹ کے ساتھ مشابہ ہو سکتی ہے اور آنت کے متلازم چربشی مرض کی وجہ سے اسہال موجود ہو سکتا ہے۔

انذار۔ یہ نہایت برا ہوتا ہے لیکن کارگر جراحی علاج کے بعد کلاں یا

400

تخفیف ہوجانا مرقوم ہے ۔ ترقی پذیر استقساء، یوریا دمویت، خستہ کن اسہال، مصلی التہابات اور کبدی عدم کفایت سے موت واقع ہوجاتی ہے ۔

علاج ۔ اگر ممکن ہو تو سبب کو دور کردینا چاہیے ۔ یہ سل ریوی میں تو نا ممکن ہے لیکن شاید تقیح کے دوسرے اسباب کا جراحی طریقہ سے علاج کرنا ممکن ہو۔ اور پوٹاسیم آیوڈائڈ، کاڈلیور آئل، آیرن (لوہا)، کونین، اور دوسرے مقویات دینے چاہئیں۔ آتشکی اصابتوں میں پارہ اور پوٹاشیم آیوڈائیڈ استعمال کرنے چاہئیں ۔

جگر کا سرطان

(carcinoma of the liver)

امراضیات ۔ اولی سرطان دو شکلوں میں واقع ہوتا ہے :۔ گرہوں کے طور پر جو جگر کے کسی بھی حصے میں نمودار ہوجاتی ہیں، اور ایک منتشر دررینش کے طور پر۔ نسیجیاتی لحاظ سے جگر کا سرطان دو قسموں کا ہوتا ہے :۔ (۱) کبدی خلیوں والا، جن سے صفرا کا افراز پیدا ہوسکتا ہے، یا (۲) صفراوی قنات کے خلیوں والا۔ کبھی کبھی اولی سرطان اکبب جگر میں نمو یاب ہوجاتا ہے ۔ بالعموم جگر زیادہ بڑا نہیں ہوتا۔ لیکن بیش بالیدگی کے علاوہ وہ متعدد سلعات پیش کرتا ہے، جو ابتداءً سخت اور سپید ہوتے ہیں، لیکن بعد میں ان میں انحطاط یا تنخر واقع ہوکر ان کا رنگ زرد یا سبز ہوجاتا ہے ۔ سریریاتی مظاہر کبیت کے مظاہر سے مماثل ہوتے ہیں، اور اس حالت کو سرطانی کبیت (cirrhosis carcinomatosa) کا نام دیا گیا ہے ۔

سرطان جگر کی جو اصابتیں ملتی ہیں ان میں سے ایک نہایت بڑی تعداد ثانوی ہے جو دوسرے احشاء (بالخصوص معدے، آنت، مرارہ، شق بابی میں کے غدد، رحم، یا پستان) میں کے سرطانی مطروحات کے بعد پیدا ہوجاتی ہے ۔ سرطانی خلیے ورید الباب کی شاخوں کے ذریعہ سے جگر میں پہنچکر لخختکی عروق شعریہ میں جاگزیں ہوجاتے ہیں ۔ ثانوی سرطان کی نوعیت، یعنے اس کے نرم یا سخت یا سیاہ ہونے کا دارومدار اولی سلعہ کی نوعیت پر ہوتا ہے ۔

اگر یہ سرطان منتشر ہے تو جگر محض بڑا ہو جاتا ہے۔ لیکن جب یہ گرہکوں یا جدا گانہ رسولیوں کی شکل میں موجود ہو تو جگر بھی اُن کے ساتھ نہایت مختلف شکلیں اختیار کر لیتا ہے۔ ہر گرہک ہر سمت میں یکساں طور پر بڑھنے اور اس طرح اپنی شکل کو گلو بچہ نما رکھنے کا رجحان رکھتی ہے، اور جب وہ سطح پر پہنچ جاتی ہے تو وہ ایک سخت، محدب، یا نیم کروی بروں بالیدگی کے طور پر اُبھر آتی ہے۔ لیکن جب گرہکیں نسبتہً بڑی، مثلاً قطر میں ½ ا تا ۲ انچ، ہو جاتی ہیں تو مرکز میں وہ اکثر ذراتی یا شحمی حوری کی صورت میں ٹوٹ پھوٹ جاتی ہیں، اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ گرہکیں جو سطح پر اُبھری ہوئی ہوتی ہیں، ایک جانب پر بلا سہارا ہونے کی وجہ سے، اندر دھنس جاتی ہیں اور ایک مرکزی نشیب یا نافیئ (umbilication) پیدا کر دیتی ہیں۔ یہ ایسی حالت ہے جو بعض اوقات اگلی دیوار شکم کی راہ سے محسوس ہو سکتی ہے۔ جگر کی زیریں کور بھی بے قاعدہ اور گرہک دار ہوتی ہے۔ تراش لینے پر ایسا جگر سپید سرطانی بالیدگی کے بے قاعدہ رقبے پیش کرتا ہے، جن کے خاکے کم و بیش مدوّر ہوتے ہیں۔ نسبتہً بڑے رقبے مرکز میں نرم ہو رہے ہیں، اور اُن میں سے بہت سے رقبے نزفات کی وجہ سے دھبے دار ہو گئے ہیں۔ وہ کبدی بافت جو اُن کے درمیان حائل ہے، اکثر گہرے بھورے یا زرد رنگ کی ہوتی ہے۔ جب سرطان کا آغاز مرارہ، یا قنات صفراسے ہوا ہو، یا وہ شق بابی سے اندر کو بڑھ گیا ہو، تو اُسکی بالیدگی اُسی خطے میں وسیع ترین ہوتی ہے، یا ممکن ہے کہ اُسی میں بالکل محدود ہو۔ بعض اوقات خالی مرارہ، یا ایسا مرارہ جسمیں کچھ حصاۃ موجود ہوں، ایک سرطانی تودے میں مفروش یا گڑا ہوا ہوتا ہے۔ شق بابی کے قریب کی سرطانی گرہکیں قنات صفرا یا ورید الباب کو دبا کر پچکا سکتی ہیں، اور ممکن ہے کہ آخرالذکر اس نو بالیدہ سے بالکل پُر ہو جائے۔

401 علامات۔ سرطانِ جگر عموماً بہت زیادہ درد پیدا کر دیتا ہے، جو دائیں مراق، شانے، اور کمر کو ماؤف کرتا ہے۔ ابتداءً وہ ایک وزن اور بھینچنے کے احساس سے زائد نہیں ہوتا، اور بعد میں شدید اور ممزّق ہو جاتا ہے اور اُسکے ساتھ الیمیت بھی ہوتی ہے۔ لیکن کبھی کبھی درد غیر موجود ہوتا ہے۔ جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے جگر بڑا ہو جاتا ہے، اور ناف سے بہت دور نیچے اور بڑھ کر بائیں

جانب تک پہنچ سکتا ہے۔ اس کی سطح پر گرہیں اُبھر کر نمایاں ہو جاتی ہیں اور اس کا بے قاعدہ خاکہ یک رخی تصویر میں بھی دکھلائی دیتا ہے۔ کلانی زیادہ تر نیچے کی سمت ہوتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ محدب سطح سے بھی بڑے بڑے تودے بڑھ کر ڈایافرام کو اوپر کے طرف دھکیل دیں اور اس طرح قاعدہ شش کو دبا کر پچکا دیں۔ بالعموم سرطانی تودے کی سطح تقریباً پتھر کی سی سختی رکھتی ہے، جو کہبت یا چربشی مرض کے نسبت صاف طور پر سخت تر ہوتی ہے، اور سخت سرطان سے نرم طبعی بافت تک ایک تدریجی تغیر اکثر شناخت کیا جا سکتا ہے۔ یرقان تقریباً نصف مریضوں میں ہوتا ہے اور عموماً یہ دکھلایا جا سکتا ہے کہ وہ صفرار کی خاص قنات پر دباؤ پڑ جانے کا نتیجہ ہے، بالخصوص اُن اصابتوں میں جہاں سرطان شقِ بابی سے شروع ہو۔ وان ڈن برگ کا راست کاشفہ حاصل ہوتا ہے۔ اسی طرح استسقاءِ شکمی اکثر موجود ہوتا ہے لیکن ہمیشہ نہیں، اور یہ سیال شاذ ہی اُس قدر وافر ہوتا ہے جس قدر کہ کہبت میں۔ اس کا انحصار بشتر وریدالباب یا اُس کی بڑی شاخوں پر راست دباؤ پڑنے پر ہوتا ہے، اور کبھی کبھی ایک مزمن التہابِ باریطون پر۔ نیز لاغری، شحوب، اور انبطاح جو خبیث یعنے سرطانی امراض کا عام خاصہ ہیں، موجود ہوتے ہیں۔ سرطان جگر کی بہت سی اصابتوں میں ارتفاع حرارت ہوتا ہے، اور کبھی کبھی اس کے اشتدادات اور فترات ویسے ہی ہوتے ہیں جیسے کہ مرضِ ہاجکن میں۔

تشخیص۔ ایک بوڑھے شخص میں بڑھا ہوا جگر اور یرقان جو کئی ماہ سے ہو، مریضوں کی اکثریت میں، جگر کے سرطان یا البلبہ کے سر کے سرطان کے باعث ہوتا ہے، اگرچہ کبھی کبھی یہ بھی ممکن ہے کہ قنات صفرا ایک سنگ صفراوی سے متسدد ہو گئی ہو۔ اگر جگر کی سطح پر سخت اور ناہموار گرہیں محسوس ہوتی ہوں تو سرطانِ جگر کی تشخیص نہایت اغلب ہے۔ وہ اُبھار جو صمغیہ (gumma) کی وجہ سے ہو، عموماً منفرد ہوتا ہے، اس کا قطر ایک انچ یا زائد ہوتا ہے، اور وہ نرم یا لچکدار ہوتا ہے۔ اگر جگر کی سختی یکساں طور پر ہو اور بہت زیادہ نہ ہو تو سرطان کا ہونا محض قرینِ قیاس ہے۔ جن اصابتوں میں یرقان نہ ہو، جگر کا بڑھا ہوا ناہموار

اور گومڑے دار ہونا اور مریض میں لاغری کا موجود ہونا عموماً ممیز علامات ہوتے ہیں۔ چربشی اور اہب جگر نسبتہً کم سخت اور زیادہ ہموار ہوتے ہیں۔ ان دونوں حالتوں میں طحال بھی اکثر اوقات بڑھی ہوئی ہوتی ہے، پہلی حالت میں چربشی جماؤ سے، اور دوسری حالت میں وریدی رکود کی وجہ سے، درانحالیکہ طحال کی سرطانی کلانی نسبتہً غیر عام ہوتی ہے۔ آتشکی جگر ناہموار اور دردناک ہو سکتے ہیں، لیکن یہ اکثر نسبتہً نوعمر اشخاص میں ہوتے ہیں، اور اپنی مخصوص سرگذشت رکھتے ہیں۔ سنگہائے صفرا کے عرصہ دراز سے ہونے کی سرگذشت سرطان کے امکان کو خارج نہیں کرتی، بلکہ اس کی تائید ہی کرتی ہے۔

انذار۔ یہ نہایت یاس انگیز اور بُرا ہوتا ہے۔ مدتِ مرض شاذ ہی بارہ مہینوں سے زائد ہوتی ہے، لیکن کبھی کبھی دو یا تین سال بھی ہو سکتی ہے۔ نسبتہً نرم قسم کی نوبالیدیں ایک یا دو ماہ کے اندر ہی ہلاکت پیدا کر سکتی ہیں۔

علاج۔ یہ محض مخفف ہو سکتا ہے، اور اس پر مشتمل ہے کہ درد کی تسکین اور دوسرے علامات کا تدارک کر دیا جائے، بیشتر ان علامات کا جو انہضام سے متعلق ہوں، مثلاً قے، ریحیت، اور قبض۔ غذا ہلکی مگر مغذی ہونی چاہئے۔

دُویری مرض

(cystic disease)

اس نادر حالت میں کثیر التعداد دویرے، کم و بیش مجتمع طور پر واقع ہوتے ہیں، جن کی جسامت ایک انچ یا زائد قطر کی ہوتی ہے، اور جن میں ایک صاف یا زردی مائل اسمر آبی مایع بھرا ہوا ہوتا ہے۔ یہ مرض بیشتر اوقات گردوں اور دوسرے احشا کے دُویری مرض کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ جگر بڑھا ہوا ہو، لیکن اس کے علاوہ اور کوئی علامات موجود نہیں ہوتے، اور اس کی تشخیص انذار اور علاج کا انحصار گردوں کے مماثل تغیر پر ہوتا ہے، جو اس کے ساتھ ساتھ ہوا کرتا ہے (ملاحظہ ہو گردے کا دویری مرض)۔

گرد کبدی التہاب

(PERIHEPATITIS)

امراضیات۔ گرد کبدی التہاب، یعنے جگر کے کیسہ کا التہاب، حاد یا مزمن، محدود المقام یا زیادہ عام طور پر منتشر ہو سکتا ہے۔ یہ کسی ایسے ضرر سے پیدا ہو جاتا ہے جو جگر میں یا اُس کے قرب وجوار میں ہو، بالخصوص کہنہ، آتشکی مزمن التہاب مرارہ، سرطان کبیسہ، اور زیر ڈایافرائی پھوڑے (subphrenic abscess) سے، اور ممکن ہے کہ یہ ایک عمومی التہاب باریطون کا جزو ہو۔

402

گرد کبدی التہاب میں جگر کی سطح کا منظر حاد التہاب باریطون کا سا ہوتا ہے۔ مزمن گرد کبدی التہاب میں جگر کا کیسہ غیر شفاف اور کم و بیش دبیز ہوتا ہے۔ یہ دبازت اکثر سطح پر بے قاعدہ چکتیوں میں پھیلی ہوئی ہوتی ہے۔ اور ایسی چکتیاں اُس مرض سے متعین ہوتی ہیں جو کیسہ کا التہاب پیدا کر دیتا ہے۔ بعض اوقات جگر ایک دبیز کیسہ کے اندر بالکل ملفوف ہوتا ہے، جس کی دبازت ۲ تا ۱۰ ملی میٹر ہوتی ہے (جرمن زبان میں Zuckergussleber، شکر کی تہ چڑھا ہوا جگر = sugar-icing liver) ایسی اصابتوں میں جگر کا اگلا کنارہ گول ہوتا ہے۔ زیادہ شدید شکلوں میں استسقاء شکمی عموماً موجود ہوتا ہے، جو متلازم التہاب باریطون کا نتیجہ ہوتا ہے، اور طحال بھی اکثر مماثل طور پر ماؤف ہوتی ہے (گرد طحالی التہاب = perisplenitis)۔

علامات۔ کیسۂ جگر کے التہاب حاد میں مقامی الیمیت اور درد ہوتے ہیں، بالخصوص تنفس کے عمل میں، اور ممکن ہے کہ ایک رگڑ کی آواز سنائی دے، یا جگر پر ہاتھ رکھنے پر ایک رگڑ محسوس ہو۔ مزمن اصابتوں میں جگر سخت ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ متوالی استسقائے شکمی بھی دیکھا جائے۔ بنیادی سبب کا علاج کرنا چاہئے۔

التہابِ ورید الباب

(PYLEPHLEBITIS)

یہ دو شکلوں میں، یعنے انضمامی اور تقیحی ہوتا ہے، جن کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے، ایک کا تو استسقاءِ شکمی کے ایک سبب کی حیثیت سے، اور دوسرے کا جگر کے متعدد خراجات کے تعلق میں (ملاحظہ ہو انگریزی صفحہ 390)۔

انضمامی التہابِ ورید الباب

(adhesive pylephlebitis)

زیادہ عام طور پر یہ ورید الباب کی علیقیت ہوتی ہے، جس میں خون کا تھکا دیوارِ ورید سے چپک کر بالآخر اُسی طرح متعضی ہو جاتا ہے جس طرح کہ ایک علقہ کسی دوسرے مقام پر متعضی ہوتا ہے۔ اس کے اسباب وہ تغیرات ہیں جو ورید الباب یا اس کی توزیع میں جوئے خون کا ابطاء پیدا کر دیتے ہیں، مثلاً کہبت، آتشکی مرض، وریدی تنہ پر رسولیوں کا دباؤ یا گردِ کبدی التہاب میں اس کا بھی مبتلا ہو جانا، یا شقِ کبدی کے قریب مزمن باریطونی التہاب۔ ورید الباب کا یہ تسدد مرضِ بنٹی (Banti's disease) کی ایک شکل پیدا کر دیتا ہے، یعنے طحالی علم دمویت جس کے ساتھ کہبتِ جگر ہو۔

تقیحی التہابِ ورید الباب

(suppurative pylephlebitis)

یہ تقریباً ہمیشہ شکم کے ضررات کی سرایت کے سبب سے واقع ہوتا ہے، (شکم وہ رقبہ ہے کہ جس سے ورید الباب کو خون کی رسد پہنچتی ہے)۔ ضررات کی مثالیں التہابِ زائدۂ دودیہ (جو عام ترین سبب ہے)، معاءِ مستقیم، قولون یا چھوٹی آنتوں کے قروح، معدی قرحہ، اور شکم یا حوض کا کوئی تقیح ہیں۔ ممکن ہے کہ

نوزائیدہ بچہ میں وریدِ سُرّی کے عفنِ التہاب وریدی سے وریدالباب کو سرایت پہنچ جائے۔ شاذ اصابتوں میں راست تضرر سے بھی وریدالباب کا تقیحی التہاب شروع ہوسکتا ہے۔

یہ فساد عموماً وریدالباب کی محیطی شاخوں میں آغاز پذیر ہوتا ہے۔ ورید کی دیوار ملتہب ہوکر متقیح ہوجاتی ہے، ایک علقہ بن جاتا ہے اور وہ پیپ بن کر ٹوٹ پھوٹ جاتا ہے، اور جگر کے اندر کی مرکزی شاخوں میں اُس کے منتقل ہونے سے علقیت، التہاب وریدی اور تقیح کے تازہ مرکز پیدا ہوجاتے ہیں۔ بالآخر بہت سی اصابتوں میں، جگر میں متعدد چھوٹے چھوٹے پھوڑے بن جاتے ہیں۔ جگر بڑا اور نرم ہوجاتا ہے۔ وریدالباب کی شاخیں ٹوٹنے پھوٹنے والے علقوں، یا پیپ، یا مُتخثّر سیال سے بھر جاتی ہیں۔ طحال بڑی ہوجاتی ہے، اور کبھی کبھی التہاب باریطون بھی پیدا ہوجاتا ہے۔

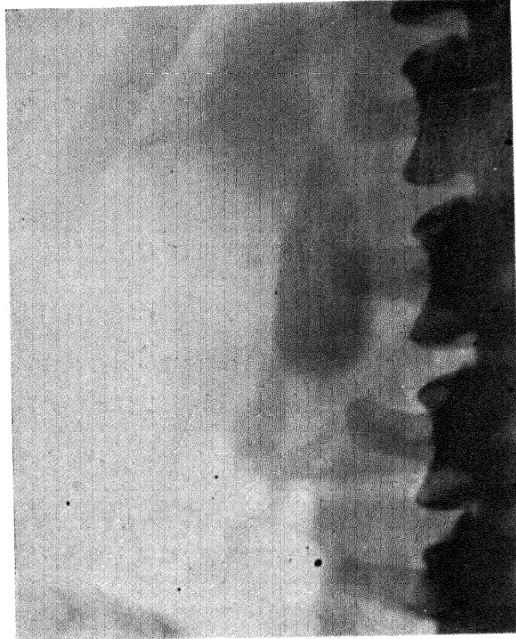
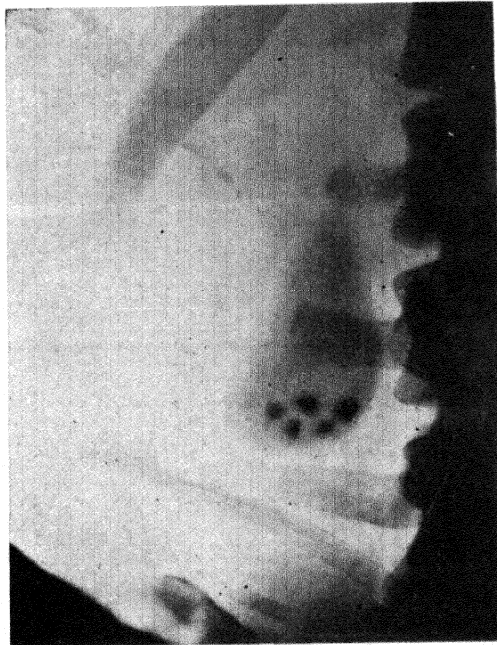
علامات۔ شراسیفی اور مراقی درد، عادتی بخار، قشعریرہ، پسینہ، قَے، عدم دمویت اور انبطاح ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وریدالباب کا تسدد کسیقدر استسقاء شکمی پیدا کردینے کے لئے کافی ہو، اور طحال بڑھ جاتی ہے۔ یرقان اکثر موجود ہوتا ہے لیکن ہمیشہ نہیں۔ اگر پھوڑے کثیر التعداد ہیں تو ممکن ہے کہ جگر کی کلانی اور درد اور ایلمیت موجود ہو۔ براز میں عموماً اِسٹرکوبائلین (stercobilin) موجود ہوتی ہے۔ ایک ٹائفائڈی حالت طاری ہوجاتی ہے، جس میں ذہول اور ہذیان ہوتا ہے، اور ایک سے سات یا آٹھ ہفتوں میں مرض عموماً ترقی پاکر خاتمہ مہلک ہوتا ہے۔

403 **تشخیص۔** یہ مرض بآسانی نظرانداز ہوجاتا ہے۔ تقیح الدم، عفونۃ الدم، ملیریائی بخاروں، حاد اصفر ذبول، تقیحی التہاب قناتِ صفرا، مداری خراج، زیرڈایافرامی خراج، ٹائفائڈ بخار، یا ذات الریہ کے ساتھ اس مرض کا خلط ملط کیا جانا ممکن ہے۔ جگر کی مائوفیت کی مقامی شہادت، اور بابی رقبہ میں سرایت کے مقامی سرچشمہ کی موجودگی کی شہادت، اور طحال کی کلانی یہ سب تقیحی التہاب وریدالباب پر دلالت کرتے ہیں۔ جب مقامی امارات غیر موجود ہوں، تو

اس واقعہ سے کہ صریح تقیح الدم بلا کسی خارجی زخم کے اور بلا التہاب درون قلبہ (endocarditis) کے موجود ہے، کسی شکمی عضو کے سرچشمۂ عفونت ہونے کا اشارہ ہوتا ہے۔ تقیح الدم کے علامات، نمایاں یرقان اور التہاب مرارہ یا سنگہائے صفرا کی شہادت تقیحی التہاب قنات صفرا پر دلالت کریں گے۔

علاج۔ چونکہ اس مرض کا مریض تقریباً لازمی طور پر مہلک ہوتا ہے لہذا علاج لاحاصل ہے، باستثنائے اس کے کہ جو تخفیف درد، بے خوابی اور دیگر علامات کے لئے اختیار کیا جائے۔

صفراوی آلہ کا امتحان

صفراوی قناتیں محض حالبین جیسی ایصالی نالیاں نہیں ہیں، اور نہ مرارہ محض مثانہ کی طرح ایک ظرف ہے۔ صفراوی قناتوں میں غدد ہیں جو ایک بے رنگ آبی سیال کا افراز پیدا کرتے ہیں جو صفرا کی ترقیق کر دیتا ہے، اور مرارہ کا فعل اس کے برعکس ہے جو صفرا کی دس گنا ترکیز کر کے ایک گاڑھا مرا سیال بنا دیتا ہے۔ اگر کبدی قناتیں باندھ دی جائیں تو وہ ایک بیرنگ سیال یعنی سپید صفرا (white bile) سے پھول جاتی ہیں، اور یہ ایسے بلند تناؤ کے تحت جمع ہو جاتا ہے کہ جس سے جگر ان قناتوں کے اندر صفرا کا افراز بالکل نہیں کر سکتا۔ اگر مشترک قنات مسدود ہو جائے تو مرارہ میں پانی اور نمکیات کا جذب واقع ہوتا ہے، جو کہ طبعی حالت میں کل حجم کا ۹۰ فی صدی ہوتا ہے، لہذا قناتوں میں دباؤ بڑھنے نہیں پاتا، اور اب ان میں معمولی صفرا موجود ہوتا ہے۔ لیکن اگر مرارہ ملتہب یا تلف ہو جائے تو دباؤ کو کم و بیش کرنے والی میکانیت غیر موجود ہوتی ہے، اور یہ قناتیں سپید صفرا سے پُر ہو جاتی ہیں، گو جسم کی ہر دوسری بافت میں گہرا یرقان موجود ہو۔ مرارہ براری (cholecystectomy) کے بعد ابتداءً صفرا اثنا عشری میں مسلسل ٹپکتا رہتا ہے، لیکن بالآخر ممکن ہے کہ قناتیں متسع ہو جائیں اور مرارہ کے افعال کی انجام وہی خود اختیار کر لیں (نیز ملاحظہ ہوں امراض لبلبہ)۔

الف۔ مرارہ نگاری۔ طبعی مرارہ۔ (شعاع نگاشت مسٹر ڈبلیو لنڈسے لاک نے لی ہے)

ب۔ مرارہ نگاری۔ مرارہ میں صبغی سنگ موجود ہیں۔ (شعاع نگاشت مسٹر ڈبلیو لنڈسے لاک نے لی ہے)

وظیفی امتحانات

مرارہ نگاری (cholecystography) -طریقۂ گراہام (Graham's method) کا انحصار اس حقیقت پر ہے کہ بعض خضابات (dyes)، جو لاشعاعوں کے لئے غیر شفاف ہوتے ہیں، جو ئے خون میں پہنچنے کے بعد ان کا جگر سے صفرا کے اندر افراز ہوتا ہے اور یہ خضابات صفرا کے ساتھ مرارہ میں چلے جاتے ہیں۔ کچھ عرصہ کے بعد یہ صفرا معہ اس خضاب کے مرارہ کے اندر مرتکز ہو جاتا ہے (لیکن قناتوں میں مرتکز نہیں ہوتا)، لہذا شعاع نگاشت لی جا سکتی ہے۔ پھر ایک شحمی غذا دیکر مرارہ کے وظیفۂ تخلی کا امتحان کیا جا سکتا ہے، چنانچہ طبعی حالت میں سایہ نسبتہً چھوٹا ہو جاتا ہے (صفحات ۳۱، اور ۳۲ ب)۔

ٹیٹرا آیوڈو فینال تھالین (tetra-iodo-phenol phthalein)، موضوع کی جسامت کے لحاظ سے ۳ یا ۴ گرام کی مقداروں میں، ۴۰ سی سی عقیم آب کشیدہ کے اندر حل کرکے ۹ بجے شب کے وقت وسطی قیفالی ورید کے اندر مُشرب کروی جاتی ہے (احتیاطوں کے متعلق ملاحظہ ہو نوارسینو بینزال)۔ اِشراب سے چوبیس گھنٹے پہلے ملٹھی کا سفوف (liquorice powder) دے کر مراری خطے کا صحفہ لے لیا گیا تھا۔ دن بھر شحمی غذائیں دی جاتی ہیں، لیکن ۶ بجے شام کے بعد کوئی غذا نہیں دی جاتی۔ دوسرے دن نو بجے صبح کے وقت، بلا غذا دیئے، شعاع نگاشتیں لی جاتی ہیں اور اثنا عشری کے ساتھ سایہ کی مجاورت کی تعیین بیریم کی غذا کے ذریعہ کرلی جاتی ہے۔ ایک بجے دن کے وقت شحمی غذا لے کر اس کے دو گھنٹے بعد دوسری لاشعاعی تصویر لی جاتی ہے۔ مندرجۂ بالا اِشراب سے بعض اوقات متلی، قے، جھنجھناہٹ اور قشعریرہ پیدا ہو جاتا ہے۔ اس سے بچنے کیلئے اب عموماً اس دوا (۴½ گرام) کے متعدد چھوٹے چھوٹے کراٹین غلافی کیسے بنا کر براہ دہن دے جاتے ہیں، لیکن اس صورت میں ان کا انجذاب کم یقینی ہوتا ہے۔

مرارے کے سایہ کی غیر موجودگی مراری قناۃ کی مسدودی کے باعث، یا

اس واقعہ کے سبب سے ہو سکتی ہے کہ مرارہ سنگہائے صفرا سے پورا بھرا ہوا ہے۔ خفیف سا سایہ خضاب کا ارتکاز نہ ہونے کی وجہ سے ہو سکتا ہے، جو التہاب مرارہ پر دلالت کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ مرارہ نظر آئے اور مراری سایہ میں سنگہائے صفرا بھی، یا توکیلسیم کے ملحات کی وجہ سے زیادہ گہرے سایہ کے طور پر نظر آئیں، یا کالیسٹرین کی وجہ سے منفی سایوں کے طور پر، کیونکہ کالیسٹرین ان شعاعوں کے لئے شفاف ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ مرارہ کا سایہ قرب و جوار کی بالیدوں، کیسیہ وغیرہ کے سبب سے اپنی جگہ سے ہٹا ہوا یا ملوّہ ہو۔

404

اثنا عشری میں ادخال اُنبوبہ (duodenal intubation)۔ این ہارن (Einhorn) کے اثنا عشری اُنبوبہ سے مرارہ کے مرض کی تشخیص کا ایک مفید طریقہ حاصل ہوتا ہے، اگرچہ اُس سے التہابِ مرارہ اور سنگہائے صفرا کی موجودگی کی تفریق نہ ہوگی۔ فاقہ کش معدے کے اندر ایک اُنبوبہ داخل کرنے کے بعد، اور معدہ کو بہ احتیاط آبِ عقیم سے دھوکر، مریض بائیں کروٹ پر لیٹتا ہے، یہاں تک کہ وہ اُنبوبہ اثنا عشری کے اندر داخل ہو جائے، جو اس واقعہ سے ظاہر ہوتا ہے کہ اُنبوبہ میں سے امتصاص کرنے پر ایک باریک جھاگدار سیال حاصل ہو جاتا ہے، جو قدرے صفرا آلود اور لِتمس کے لئے تعدیلی یا قلوی ہوتا ہے۔ اثنا عشری کو عقیم آبِ کشیدہ سے دھوڈالنے کے بعد اثنا عشری کے اندر میگنیسیم سلفیٹ کے ۲۵ تا ۵۰ فی صدی محلول کے ۱۰ تا ۳۰ سی سی کا اشراب کر دیا جاتا ہے۔ صفرا کا بہ کثرت سیلان ہوتا ہے، جسے باہر نکال کر امتحان کر لیا جاتا ہے۔ کالیسٹرین کی قلموں اور سپید خلیوں کی موجودگی مرارہ کے مرض کی دلالت ہے۔ ممکن ہے کہ کاشت کرنے سے عصیۂ قولونی (B coli) کی موجودگی ظاہر ہو، مگر بہ چنداں ممیّز نہیں ہوتی، کیونکہ وہ ایسی ہر حالت میں مل سکتا ہے جس میں معدی رس کا ترشہ بہت کم ہو گیا ہو۔

اس امر کی شہادت موجود ہے کہ شقیقہ (migraine) کی بعض اصابتیں مرارہ کی غیر طبعی تخلی کے ساتھ متلازم ہوتی ہیں (83)۔ "صفراوی شقیقہ" "biliary migraine"=)۔

صفراوی آلہ کے امراض

التہاب مرارہ

(cholecystitis)

التہاب مرارہ کی عام ترین قسم وہ تحت الحاد یا مزمن سرایت ہے جو نبقات سبحیہ سے پیدا ہو جاتی ہے، جو مرارے کی دیوار کی ساخت کے اندر سے علیحدہ کئے گئے ہیں (27)۔ ممکن ہے کہ یہ ایک محمولۂ خون سرایت ہو۔ لیکن التہاب مرارہ ہمیشہ التہاب غلاف قناۃ صفرا (pericholangitis) کے ساتھ ہوا کرتا ہے، جو اس امر کی دلالت ہے کہ مرارے میں سرایت کا داخلہ جگر سے لمفائی عروق کی راہ سے ہو سکتا ہے۔ التہاب مرارہ عموماً التہاب زائدہ دودیہ (appendicitis) اور ہضمی قرحہ (peptic ulcer) کے ساتھ متلازم ہوا کرتا ہے، اور یہ ممکن ہے کہ سرایت ورید الباب کی راہ سے جگر میں اور پھر مرارے میں داخل ہو جاتی ہو۔ صفرا، نبقات سبحیہ کی بالیدگی کا امتناع کرتا ہے، یہی وجہ ہے کہ صفرا عموماً عقیم ہوتا ہے۔ التہاب کی ایک ابتدائی شکل، جو غالباً اس قسم کی سرایت سے پیدا ہو جاتی ہے، نام نہاد اسٹرا بیری مرارہ (strawberry gall bladder) ہے۔ چھوٹے زردی مائل سپید دانے خملات سے ابھرے ہوئے دکھلائی دیتے ہیں۔ خردبین سے یہ دانے کالیسٹرین کے جماؤ دکھلائی دیتے ہیں جو غشاء مخاطی کی سطحی تہ کے نیچے ہوتے ہیں، یعنے مرارے کی کالیسٹرینیت (cholestrosis) پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ رائے ظاہر کی گئی ہے کہ طبعی حالات میں صفرا میں کی کالیسٹرال (cholestrol) کو مرارہ جذب کر لیتا ہے، اور یہ کہ جب مرارے کی دیوار سرایت زدہ ہو جاتی ہے تو یہ جماؤ پیدا ہو جاتے ہیں۔ بالآخر ان میں سے بعض لدے ہوئے خلیمات مرارے کے اندر جھڑ جاتے ہیں، اور اس طرح ممکن ہے کہ یہ ایسے مرکز بن جائیں جن کے گرد متعدد شہتوت نما سنگریزے بن جاتے ہیں۔ یہ

سنگریزے بعض اوقات اِس مرض میں پائے جاتے ہیں۔ اِسی واسطے التہاب مرارہ سنگہائے صفرا کا اولی سبب ہے، اور یہ سنگہائے صفرا التہاب مرارہ کی ۶۵ فی صدی اصابتوں میں عملیہ کے وقت پائے گئے ہیں۔ نبقی سبحی سرایت کے مابعد نتائج دیوار مرارہ کی دبازت اور انقباض ہیں، اور گردوپیش کے حصوں کے ساتھ انضمامات بھی ہو جاتے ہیں۔ علاوہ سنگہائے صفراء کی موجودگی کے، سرایت زدہ مرارہ سے مزمن التہاب لبلبہ، جگر کی کہبت، اور قلب، عضلہ، مفصلات، رداؤں اور گردوں پر بعید سمی اثرات پیدا ہو سکتے ہیں، اور ایک مزمن طور پر التہاب زدہ مرارہ کے استیصال کے بعد یہ ضررات غائب ہو گئے ہیں (82)-

حاد نازلتی یا تقیحی التہابِ مرارہ (مرارہ کا دبیلہ=empyema) ایک تسددی التہاب مرارہ ہے جو عموماً معمولی عصیہ قولونی کے باعث ہو جاتا ہے لیکن عصیۂ محرقیہ (B. typhosis) اور کبھی کبھی دوسرے عضویے بھی پائے گئے ہیں۔ یہ مغروز سنگ ریزوں، تپ محرقہ، اور دوسرے ساری امراض سے پیدا ہو سکتا ہے۔ نہایت شدید شکلوں میں مرارے کی دیواریں سخت ملتہب، اُذیمائی، اور ریم سے دررسختہ ہو جاتی ہیں (فلغمونی التہاب مرارہ phlegmonous =cholecystitis)، اور اس سے بھی زیادہ قشبی شکل میں دیواریں سیاہ سبز، نرم بُھربُھری اور کم و بیش وسیع جلیتیوں میں اغثاث پذیر ہو جاتی ہیں (گنگرینی التہابِ مرارہ =gangrenous cholecystitis)- یہ التہاب بلاشبہ مختلف سمتوں میں پھیل سکتا ہے۔

405

علامات۔ نبقی سبحی مبداء کا تحت الحاد اور مزمن التہابِ مرارہ جو اوپر بیان کیا گیا ہے اس کے علامات اپنے آغاز میں عموماً غیر محسوس ہوتے ہیں۔ فی الحقیقت اس واقعہ کی بنا پر کہ التہاب مرارہ کی اصابتوں کی اکثریت بالآخر سنگہائے صفرا میں منتہی ہوتی ہے، انھیں سنگہائے صفرا کی ابتدائی علامات سمجھا جاتا ہے۔ یہ علامات یہ ہیں:- سوءِ ہضم یعنے متلی، سوزش سینہ، اور شراسیفی تکلیف، اور خاص کر ریحیت۔ مستمر درد اور دائیں ضلعی حاشیہ کے نیچے اور دائیں عظم الکتف کے خطے میں دبانے سے الیمیت بھی ہوتی ہے۔ سوءِ ہضم اثنا عشری

قرحہ سے مشابہ ہو سکتا ہے، مگر غذا کے ساتھ اُس کا تعلق اتنا نمایاں نہیں ہوتا۔ گیارھویں اور بارھویں دائیں پسلیوں اور اَسفل ظہری فقرات کو دبانے سے عموماً درد ہوتا ہے۔ نیز اوپر جو پیچیدگیاں بیان کی گئی ہیں ان کے متناظر علامات پیدا ہو سکتی ہیں، یعنی سانس کا پھولنا، قلبی بے قاعدگیاں اور ذبحۂ صدریہ، نیز رثیت نما التہاب مفاصل، التہاب لیفی، اور مرض برائٹ کے علامات۔

حاد تسددی التہابِ مرارہ کی حالت میں حملہ کا آغاز حاد ہوتا ہے اور اُس کے ساتھ مرارے کے خطے میں مواظب یا دَوری درد ہوتا ہے، اور عضلہ مستقیمہ کے بالائی حصے میں بڑی اَلیمیت اور اُستواری محسوس ہوتی ہے۔ متلی، عدم اشتہا، میلی زبان، تپ، شاید قشعریرہ کے ساتھ ہوتے ہیں، اور یرقان تقریباً ایک تہائی اصابتوں میں۔ بائیں قاعدۂ شش پر اَمارات بالخصوص ممیز ہوتے ہیں، یعنے گمک کی کمی، تکتکات، اور پلیوُرائی رگڑ۔ دایاں ڈایافرام غیر متحرک ہوتا ہے۔ کچھ عرصہ کے بعد ممکن ہے کہ متمدد مرارہ ایک متعیّن رسولی بنادے۔ تقیحی اصابتوں میں سپید خلیوں کی کثرت ہوتی ہے۔

تشخیص۔ التہابِ مرارہ بلا سنگہائے صفرا کی موجودگی کے ہرگز ایک غیر عام حالت نہیں، اور اُس کی تشخیص اُس وقت کی جاسکتی ہے جب کہ دائیں ضلعی حاشیہ کے نیچے شدید درد اور الیمیت اور کسی قدر سوءِ ہضم موجود ہو، اور جبکہ بہ احتیاط امتحان سے اثنا عشری قرحہ اور التہابِ زائدۂ دودیہ کو خارج از بحث کردیا گیا ہو۔ مرارہ نگاری اور مرارہ کی "طبی" تسئیل جو صفحہ 403 پر بیان کی گئی ہے، تشخیص میں مفید ہو سکتی ہے۔

اَنذار۔ خفیف اصابتیں طبی معالجہ سے شفایاب ہو جاتی ہیں۔

علاج۔ طبی علاج بالخصوص مرارہ کی تخلیہ میں سہولت پیدا کرنے پر مشتمل ہے۔ ہفتہ میں کئی بار طبی تسئیل عمل میں لائی جاسکتی ہے۔ بلکہ میگنیشیم سلفیٹ براہ دہن بھی دیا جاسکتا ہے، مگر یہ اُس قدر کارگر نہیں ہوتا۔ شحمی غذائیں اور بالخصوص روغن زیتون، ۱ تا ۲ اونس، دن میں کئی بار (84) بھی منفعت بخش ہیں۔ جگر اور مرارے کے خطے میں پولٹسیں اور خلابی اغطیہ لگانے سے التہاب میں تخفیف

ہوسکتی ہے۔ صفرا کی سرایت کا ازالہ سوڈیئم سیلی سلیٹ ۱۰ تا ۲۰ گرین دن میں تین یا دیگر یارات کے وقت ہیگزامین (hexamine) (۲۰ گرین سے شروع کرکے ۶۰ یا ۸۰ تک بڑھاکر) دے کر کیا جاسکتا ہے۔ ہیگزامین کے ہمراہ کافی قلی، مثلاً ۶۰ گرین پوٹاسیئم سائٹریٹ دی جاتی ہے، تاکہ بول قلوی ہوجائے اور بولی خطے کی خراش ہیگزامین سے واقع نہ ہو۔ [کیونکہ ہیگزامین ترشی محلول کے اندر ٹوٹ کر فارمالین (formalin) بن جاتی ہے] (64)۔ ہیرڈگیٹ، وشی اور کارلزباڈ کے پانی خاص طور پر ذکر کے قابل ہیں۔ شدید اصابتوں میں مرارہ برآری مناسب ہے، اور اگر تقیح موجود ہو تو عملیہ کی ضرورت ہے۔

سنگہائے صفرا

(gall stones)

(حصاتیت صفرا = cholelithiasis)

حصوات صفراویہ (biliary calculi) یا سنگہائے صفرا مرارے کے اندر یا نہایت شاذ اصابتوں میں جگر میں صفراوی قناتوں کے اندر صفرا سے بنتے ہیں۔ جسامت میں وہ محض ریگ سے لے کر ۲ انچ طول اور ایک انچ عرض کے بیضوی تودوں تک مختلف ہوتے ہیں۔ زیادہ کثرت سے وہ قطر میں ⅛ تا ½ انچ تا پ کے ہوتے ہیں۔ اکثر وہ شکل میں کم و بیش مکعب ہوتے ہیں، اور جب کئی سنگ باہم متماس رہے ہوں تو وہ رُوبیک پیش کرتے ہیں۔ ورنہ وہ زیادہ گول ہوسکتے ہیں۔ سب سے بڑے سنگ بیضوی الشکل ہوتے ہیں، اور یہ شکل اُس وقت پیدا ہوگی کہ وہ مرارہ کے سارے کیفہ کو پُر کرتے ہوں۔ سنگہائے صفرا کے خاص ترکیبی اجزا کالیسٹرین، صبغہ صفرا، پروٹین اور کیلیئم کے ملحات ہیں، اور یہ صبغہ صفرا بیشتر کیلیئم کے ساتھ بائلی رُوبین کیلیئم (bilirubin -calcium) کی شکل میں ممزوج ہوتا ہے۔ وہ سنگ جو خاص کر صبغہ صفرا پر مشتمل ہوتے ہیں، چھوٹے سیاہ اور خستہ ہوتے ہیں۔ دوسروں میں صبغہ صفرا کا ایک نواۃ یا مرکز ہوتا ہے، اور ان کے گرد کالیسٹرین کی قلموں کی تہیں ہوتی ہیں جو نواۃ سے متشعع ہوتی ہیں۔ یہ سنگ عموماً زیادہ بڑے اور زیادہ سخت ہوتے ہیں، اور اُن کا رنگ نسبتاً شاحب ہوتا ہے۔ نرم سنگ جو

بالخصوص کیلسیم کاربونیٹ پر مشتمل ہوں اُس وقت پائے جاتے ہیں جبکہ صفراوی قناۃ تسدد ہو۔ کیلسیم کاربونیٹ کے سخت، سبزی مائل سنگ تانبے پر مشتمل ہوتے ہیں۔

بحث اسباب ۔ سنگہائے صفرا سن رسیدگی کی حالت میں زیادہ عام ہوتے ہیں، اور مردوں کے نسبت عورتوں میں زیادہ کثیر الوقوع ہیں قعودی پیشے اور بسیار خوری، بالخصوص کالیسٹرین شامل رکھنے والی غذائیں اسبابِ مُعِدّہ ہیں، اور شاید حمل اور تپِ محرقہ بھی۔

امراضیات ۔ یہ رائے پہلے بیان کی گئی ہے کہ سنگہائے صفرا کا اولی سبب التہابِ مرارہ ہے۔ یہ ثابت کیا جا چکا ہے کہ اگر کوئی مادۂ غریب ایک نواۃ کے طور پر عمل کرنے کے لئے موجود ہو تو سنگہائے صفرا بن جاتے ہیں خواہ صفرا عقیم ہی کیوں نہ ہو۔ یہ ۵ فی صدی لاشوں کے امتحان میں پائے گئے ہیں، اور ممکن ہے کہ پوشیدہ رہیں (81)، اگرچہ اِن کی موجودگی التہابِ مرارہ میں زیادتی پیدا کر دیتی ہے۔ بہر کیف ممکن ہے کہ التہاب کی وجہ سے مرارے میں خراش ہو کر ایک یا زیادہ سنگ اُس کے کہفہ سے باہر نکل آئیں یا مراری قنات میں مغروز ہو جائیں۔ اِس کا فوری اثر قنات کا نہایت درد انگیز تشنج (قولنج صفراوی = biliary colic) ہوتا ہے، جس کے ساتھ یرقان نہیں ہوتا ہے انغراز کی حالت میں صفرا مرارے کے اندر نہیں داخل ہو سکتا، اور مرارہ مخاطی یا مخاطی ریم یا ریم سے پُر ہو کر متمدد ہو جاتا ہے۔ اگر سنگ مراری قنات میں سے گزر جائے تو وہ مشترک قنات میں داخل ہو جاتا ہے، اور یہاں بھی قولنج صفراوی پیدا کر دیتا ہے، لیکن اس قولنج کے ساتھ سریع الزوال یرقان موجود ہوتا ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ سنگ کی موجودگی کے باعث جگر سے صفرا کے بہاؤ میں رکاوٹ پیش آتی ہے۔ اگر سنگ قنات کے اندر مغروز ہو تو تسدّدی یرقان (obstructive jaundice) پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ انغراز عام طور پر انتفاخ واٹیر (ampulla of Vater) میں واقع ہوتا ہے، جہاں قنات کا قطر سب سے زیادہ کم ہوتا ہے۔ یہ مسلسل تسدد مندرجہ ذیل اثرات رکھتا ہے۔

(الف) جگر اپنی قناتوں کے اتساع کے باعث، جو صفرا سے متمدد ہو جاتی ہیں، پہلے بہت بڑا ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات قناتیں یکساں طور پر متسع ہوتی ہیں اور دوسرے اوقات میں زیادہ بے قاعدگی کے ساتھ متسع ہو کر گلوبچی ڈویرے بنا دیتی ہیں۔ وہ جگر کی بافت پر کسیقدر دباؤ ڈالکر اُسے مذبول کر دیتی ہیں، چنانچہ بالآخر جگر نسبتہً چھوٹا اور کسیقدر پلپلا ہو جاتا ہے۔ تقیحی التہابِ قنات ہائے صفرا واقع ہو سکتا ہے۔

(ب) توقع ہو سکتی ہے کہ اِنغرازِ سنگ کا اثر مرارے پر یہ ہو کہ وہ متمدد ہو جائے۔ مگر عموماً ایسا نہیں ہوتا تاوقتیکہ مرارے میں بھی ہمزماں طور پر حاد التہاب موجود نہ ہو، کیونکہ مزمن التہاب تو مرارے کی کیفیت پیدا کر کے اُسے سکڑا دیتا ہے۔

(ج) جب سنگ صفرا انتفاخ واٹیر میں مضبوطی کے ساتھ ثبت ہو جاتا ہے تو بنقراسی قنات جو یہاں کھلتی ہے، اُس کے تعلقات اہمیت رکھتے ہیں، اس کی وجہ یہ ہے کہ وہ بھی غالباً متمدد ہو جائے گی اور بنقراسی رس کا احتباس ہو جائے گا۔ خرد عضویے قناتِ صفرا کی دیواروں میں سے بآسانی گذر کر بنقراس میں پہنچ جائیں گے، اور محبوس افرازات کے ساتھ حاد یا مزمن التہاب بنقراس پیدا کر دیں گے (جو ملاحظہ ہو)۔

سنگ صفرا کا مرارے کی دیوار کو متقرح کر کے براہ راست اثنا عشری یا قولون مستعرض کے اندر چلا جانا چنداں غیر عام حادثہ نہیں۔ عموماً وہ ایک بڑا سنگ صفرا ہی ہوتا ہے، جو قطر میں ایک انچ یا زائد کا ہوتا ہے، اور اگر یہ اثنا عشری کے اندر داخل ہو جائے تو ممکن ہے کہ لفائفی کے زیریں حصے میں مغروز ہو جائے، یا اگر یہ قولون کے اندر داخل ہو تو قولون سینی (sigmoid) یا مبرز کے قریب تسدد کی وجہ سے کم و بیش درد اور دقت پیدا ہونے کے بعد براہ مبرز خارج ہو جائے۔ شاذ صورتوں میں ایک بڑا سنگ قے سے بھی خارج ہوا ہے۔

مرارے کے اندر سنگہائے صفرا کی موجودگی اور استقرار کا ایک دوسرا نتیجہ مرارے یا صفراوی قناتوں کا سرطان ہے، اور یہ حصاۃ صفرا کی تقریباً

۵ فی صدی اصابتوں میں پایا گیا ہے۔ تجربتہً یہ دکھلایا گیا ہے کہ اگر گینی پگ کے مرارے میں سنگہائے صفراء اور دوسرے اجسام غریبہ داخل کئے جائیں تو مزمن خراش پیدا ہو کر سرطان پیدا ہو جاتا ہے (85)۔

علامات۔ یہ ممکن ہے کہ سنگہائے صفراء سالہا سال تک مرارے کے اندر رہیں اور کوئی علامات نہ پیدا کریں۔ لیکن دوسری اصابتوں میں علامات تحت الحاد اور مزمن التہاب مرارہ کے ہوتے ہیں، اور ان کے ساتھ جو التہاب مرارہ ہوتا ہے اُس کے پیدا کردہ سوء ہضم کو عموماً سنگ صفراء کا سوءِ ہضم (gall stone dyspepsia) کہتے ہیں۔ بعض اوقات سنگہائے صفراء دیوار شکم میں سے محسوس کئے جا سکتے ہیں اور انھیں ہاتھ لگانے سے چٹخنے کا احساس ہوتا ہے۔ قولنج صفراوی کے حملہ میں مریض کو اکثر ناگہانی طور پر دائیں مراق اور سینہ کے زیریں حصے میں، یا شراسیف اور زیریں قصّی حصے میں سخت درد محسوس ہونے لگتا ہے، اور یہ عموماً دائیں شانے تک تشعع ہوتا ہے۔ یہ درد اکثر اس قدر شدید ہوتا ہے کہ مریض اکثر دوہرا ہو جاتا ہے، یا فرش یا بستر پر پیچ و تاب کھانے لگتا ہے۔ ممکن ہے کہ قشعریرہ ہو، اور مریض کا رنگ شاحب ہو جاتا ہے، وہ مہبوط ہوتا ہے، اور ساتھ ہی بکثرت پسینہ آکر نبض صغیر، ضعیف اور عموماً سریع ہو جاتی ہے۔ کچھ عرصہ کے بعد درد دھیما اور مستمر ہو جاتا ہے، یہاں تک کہ ایک زیادہ حاد قسم کا تازہ حملہ ہو۔ یا درد جاری رہتا ہے اور اُس کے آغاز کے چند گھنٹوں یا ایک یا دو دن بعد پیشاب میں صبغۂ صفرا نمودار ہوتا ہے اور مریض یرقانی ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ اس کا خاتمہ اس طرح ہو کہ سنگ اثنا عشری کے اندر چلا جائے، اور ایسی صورت میں صفراء کا سیلان پھر آزادی کے ساتھ ہونے لگتا ہے، درد رفع ہو جاتا ہے اور یرقان بھی زیادہ تدریجی طور پر صاف ہو جاتا ہے۔ جب ایسا ہو تو سنگ صفراء کو براز میں تلاش کرنا چاہیئے، جو اُس وقت ملتا ہے جب کہ براز کو پانی میں دھو کر اس دھوون کو ایک چھلنی میں چھانا جائے۔ جب سنگ مشترک قنات میں مغروز ہو جائے تو علامات اختلاف پذیر ہوتے ہیں، لیکن سب سے زیادہ تمثیلی علامیۂ "چارکاٹ"، متوالی قولنج قشعریرات، یرقان، اور نقصانِ وزن ہے۔ چونکہ سنگہائے صفراء کے ساتھ

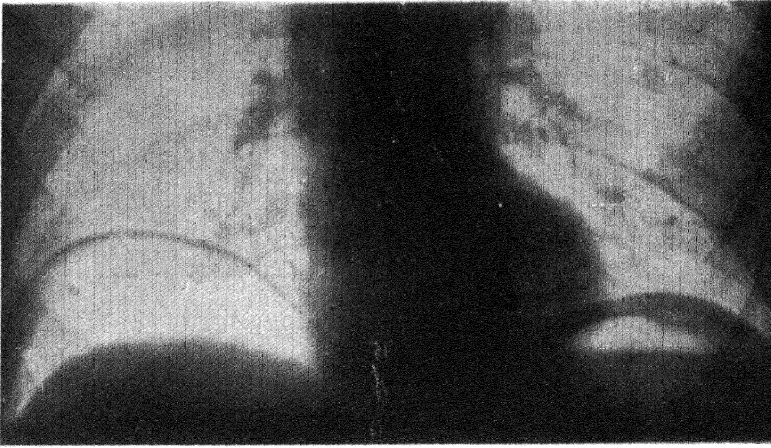
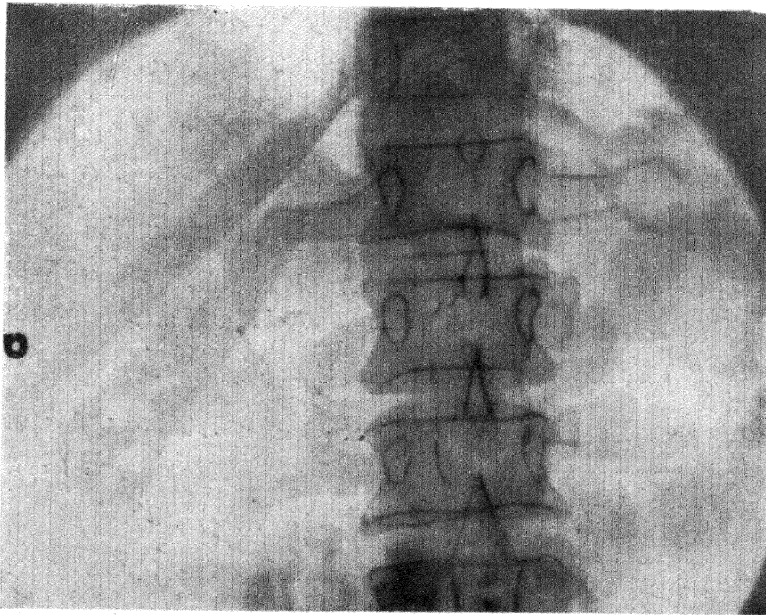
407

بالعموم التہاب مرارہ (ملاحظہ ہو) متلازم ہوتا ہے لہٰذا اس کے متناظر علامات بھی موجود ہونگے۔

تشخیص ۔ قولنج صفراوی کا درد معدہ، معوی قولنج، کلوی قولنج وغیرہ کے ساتھ خلط ملط ہو جانا ممکن ہے۔ لیکن سنگہائے صفراء کے گذر کے ساتھ درد ہمیشہ نہیں ہوتا، اور ممکن ہے کہ اِس علامت کی غیر موجودگی کے سبب سے اُن اصابتوں کے سمجھنے میں غلط فہمی ہو جائے جن میں انعراز کے ساتھ یرقان ہوتا ہے۔ مشترک قنات کے تسدد سے پیدا شدہ یرقان کی اصابتوں میں، اگر مرارہ محسوس نہ کیا جا سکے تو تسدد سنگہائے صفراء کے باعث ہے۔ اگر ایک ڈھیلا موجود ہو تو تسدد غالباً کسی دوسرے سبب سے ہے، جو عموماً ایک بالیدہ ہوتی ہے (قانونِ کوروائزیئر =Courvoisier's law)۔ مزاولت میں یہ تقریباً ۹۰ فی صدی اصابتوں میں صحیح ہوتا ہے۔ سنگہائے صفراء لاشعاعوں کے سدِراہ ہونے میں، اور اس طرح اپنے سایہ سے اپنی موجودگی ظاہر کرنے میں بڑی حد تک اختلاف ظاہر کرتے ہیں۔ خالص کالیسٹرین کے سنگہائے صفراء لاشعاعوں کے لئے شفاف ہوتے ہیں، اور ایک منفی سایہ پیدا کرتے ہیں، یعنی مرارہ نگاشت میں ایک صاف رقبہ (صحفہ ۳۲ ب)۔ بائلی روبین اور کیلسیم کے ملحات موجود ہوتے ہیں تو وہ لاشعاعوں کے گذر میں سدِّراہ ہوتے ہیں (صحفہ ۱۳)۔ ایک نہایت ممیز منظر گول عتمت ہے، جس کا مرکز غیر شفاف ہوتا ہے اور اس مرکز کو ایک صاف ترتہ محصور کرتی ہے۔ اثنا عشری میں انبوبہ کے ادخال (duodenal intubation) سے کام لینا چاہیئے۔

اِنذار ۔ قولنج کے پہلے حملے میں انذار کا ناموافق ہونا ضروری نہیں بہت سے اشخاص متعدد حملوں کے بعد شفایاب ہو جاتے ہیں۔ لیکن سرطان ہو جانے کے امکان کو فراموش نہ کرنا چاہیئے۔

علاج ۔ التہاب مرارہ کا علاج ملاحظہ کرنا چاہیئے۔

قولنج صفراوی کے حملہ کے لئے مریض کو گرم مغسل میں رکھنا چاہیئے، یا گرم تکمیدات اور پولٹسیں دائیں جانب پر لگانی چاہئیں۔ سب سے زیادہ آرام مارفیا کے ¼ یا ½ گرین کے تحت الجلد اشراب سے حاصل ہوگا، جسے ضرورت ہو تو تین یا چار گھنٹوں میں مکرر دینا چاہیئے۔ بعض اوقات کلوروفارم کے استنشاق سے عارضی

الف ۔شعاع نگاشت انتصابی وضع میں تاکہ مثقوب ہضمی قرحہ کی اصابت میں جگر اور دائیں ڈایافرام کے درمیان گیس کی موجودگی دکھائی جائے ۔ (لیوس ہم کے شفاخانہ میں لی گئی۔میڈیکل سپرنٹنڈنٹ ڈاکٹر پیچ۔ تاکولڈس)

ب۔ مرارہ نگاری۔کولسٹرال کے سنگوں کے قریب "منفی" سایے ۔ (شعاع نگاشت مسٹر لنڈسے لاک۔نے لی ہے)

بالمقابل صفحہ 407

آرام ہو سکتا ہے۔ پپاویرین ہائڈروکلورائڈ (papaverine hydrochloride) (۱/۲ تا ۱/۳ اگرین) بھی براہ دہن آزمائی جائے۔

جب سنگہائے صفرا مسلسل تکلیف کا باعث ہوں، یا جب پیچیدگیوں کا خطرہ ہو تو مرارہ برآری (cholecystectomy) کا عملیہ کرکے سنگ یا سنگہائے صفراء کو مرارے یا قناتوں سے نکال لینا چاہئے۔ ممکن ہے کہ مرارے کا استیصال کر دینا مناسب ہو۔

تقیحی التہاب قنات ہائے صفرا

(suppurative cholangitis)

یہ ہمیشہ خرد عضویوں، مثلاً نبقات سبحیہ، نبقات عنبیہ، نبقات رئویہ عصبیہ محرقہ، اور عصیۂ قولونی معمولی کی سرایت کے باعث پیدا ہو جاتا ہے۔ اور مقامی مرض، جیسے کہ سنگہائے صفراء سے (جو اس کا عام ترین سبب ہے)، سرطان سے، کیسیتی دویرے کے قناتوں کے اندر پھٹ جانے سے، یا انفلوئنزا، ذات الریہ، تپ محرقہ اور ہیضہ کی زیادہ عمومی سرایتوں سے پیدا ہو جاتا ہے۔ سارے جگر کی صفراوی قناتوں کا ورم اور دبازت پیدا ہو جاتی ہے اور جگر بڑا ہو جاتا ہے۔ یہ قناتیں متسع ہو جاتی ہیں، تقیح کے کثیر التعداد مرکز پیدا ہو جاتے ہیں، جو چھوٹے یا بڑے پھوڑے بنا دیتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ التہاب نبقراسی قنات تک پھیل کر تقیحی التہاب نبقراس پیدا کردے یا سطح کے قریب کے پھوڑے مقامی یا عمومی التہاب باریطون پیدا کردیں۔ کبھی کبھی سرایت ایسی پھیلتی ہے کہ عمومی تقیح الدم یا ساری التہاب دروں قلبیہ (infective endocarditis) پیدا کر دیتی ہے۔

علامات یہ ہوتے ہیں:- جگر پہ درد اور الیمیت، عدم اشتہا، متلی قئے، قشعریرہ، تپ، جو ملیریا کی طرح وقفہ دار ہو سکتی ہے، انبلاح، اور اکثر یرقان۔ اس حالت کو بعض اوقات متوقف کبدی تپ کہتے ہیں۔ عموماً مرض کی ترقی کے ساتھ جگر کی جسامت بڑھ جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ طحال بڑھ جائے۔ مرض کی مدت چند ہفتوں سے لے کر کئی ماہ تک ہوتی ہے، اور یہ مرض مہلک ہوتا ہے۔

408

تشخیص۔ ملاحظہ ہو تقیحی التہاب ورید الباب۔
علاج۔ یہ صرف جراحی ہو سکتا ہے۔ جہاں ممکن ہو مرارے کو کھول کر یا جو قناتیں مل سکیں ان کو کھول کر قنات ہائے صفرا کی تسئیں کرنی چاہئے۔

لبلبہ کا امتحان

لبلبہ میں دو مختلف طرز کے افرازی خلیات ہوتے ہیں :۔ (۱) عُنیبی خلیئے جو لبلبی رس کا افراز کرتے ہیں اور (۲) جزائر لنگرھانس کے خلیئے، جو ایک ہارمون کا افراز کرتے ہیں، جو کاربوہائڈریٹ کے تحول کے لئے ضروری ہوتا ہے۔ یہ دونوں اقسام الگ الگ مبتلائے مرض ہو سکتے ہیں۔

تازہ مشاہدات سے ظاہر ہوا ہے کہ تندرست ہضم کے دوران میں صفرا اور لبلبی رس کے درمیان حسب ذیل تعلق ہے :۔ غذائی سکون کے زمانہ کے دوران میں جگر مسلسل صفرا کا افراز کرتا ہے جو مرارے کے اندر مذخور کر لیا جاتا ہے۔ کھانے کے بعد معدے کے بوابی عضلۂ عاصرہ سے انقباض کی امواج دوویہ نیچے آنت کے طرف جاتی ہیں۔ انقباض کی ہر موج سے پہلے ایک منفی موجِ اِرتخار (negative wave of relaxation) واقع ہوتی ہے، چنانچہ آڈی (Oddi) کے مرخی عضلۂ عاصرہ کی راہ سے کچھ صفرا خارج ہو جاتا ہے۔ صفرا معدے سے آئے ہوئے مافیہا کے ساتھ مخلوط ہو جاتا ہے، اور وہ اُسے ایک ایسا کافی تعادل دے دیتے ہیں کہ معائی غشائے مخاطی میں سے ملحاتِ صفرا کا انجذاب یقینی ہو جاتا ہے۔ یہ ملحات صفرا خلیات میں سے ہو کر گذرنے میں اُن کے اندر کی سابق التکوین سکریٹین (secretin) کو جذب کر کے بابی خون کے اندر چلے جاتے ہیں۔ یہ سکریٹین لبلبہ سے افراز پیدا کراتی ہے اور آزاد شدہ صفراوی ملح جگر میں منتقل ہو جاتا ہے، جس سے صفرا کی ایک مزید مقدار کا افراز پیدا ہوتا ہے۔ سکریٹین مزید برآں مرارے کو ایک دیر پا انقباض کی حالت میں لے آتی ہے، لہذا اثناء عشری میں اور زیادہ صفرا داخل ہوتا ہے۔

سیکریٹین کا پیدا کردہ بنقراسی اِفراز صحیح pH کا سوڈیم بائی کاربونیٹ کا ایک مُرقّق محلول ہوتا ہے، جو سابق التکوین خمیروں کو دھو ڈالتا ہے۔ خمیروں کی پیدائش کے لئے مختلف ہیجان کی ضرورت ہوتی ہے۔ اثنا عشری کے اندر ٹرِپسِنوجَن کی فعّال شدگی اینٹیروکائنیس (enterokinase)، سپید خلیوں، جراثیم وغیرہ سے ہوتی ہے (86)۔

بنقراس کے وظیفی کاشفات

بنقراس کے بیشتر وظیفی کاشفات کے ذریعہ یہ دریافت کیا جاتا ہے کہ آیا (ا) عُنَیبی خلیات سے خارج ہونے والے بیرونی افراز کی قلت ہے، یا (ب) جزائر سے نکلنے والے اندرونی افراز کی قلت ہے۔ تاہم لَیوی کا موسع حدقہ کاشفہ (Loewi's mydriatic test) (جو صرف چند اصابتوں میں مثبت ہوتا ہے، اور جو ٹلی گائٹر کی بعض اصابتوں میں بھی مثبت ہوتا ہے) بنقراس اور مشار کی نظام کے کسی باہمی وظیفی تعلق پر منحصر ہوتا ہے۔ یہ دیکھنے کے لئے کہ آیا حدقاتِ چشم مساوی ہیں اور معمولی تعامل کرتی ہیں، آنکھوں کا امتحان کیا جاتا ہے۔ ایک آنکھ کے اندر ایڈرینین (adrenin) (۱۰۰۰ میں ۱) کا محلول ٹپکا کر اس آنکھ کو بند کر دیا جاتا ہے۔ یہ پانچ منٹ کے اندر دوبارہ مکرر کیا جاتا ہے۔ ایک گھنٹے تک آنکھوں سے کام نہیں لیا جاتا۔ اگر اس عرصہ میں ایڈرینین یافتہ آنکھ کی پتلی دوسری آنکھ (جس سے معیار کے طور پر کام لیا جاتا ہے) کی پتلی کی بہ نسبت بڑی ہوگئی ہے، تو یہ امتحان مثبت ہے اور بنقراسی مرض ظاہر کرتا ہے۔

بیرونی افراز کی قلت۔ شحم برازی (steatorrhœa) کو اب تک بنقراسی مرض کی ایک ممیز ترین اَمارت سمجھا جاتا ہے اور وہ یہ ہے۔ براز کے اندر مایع شحم خارج ہوتی ہے، جو سرد ہونے پر منجمد ہو کر سپید یا زرد ڈھیلے بنا دیتی ہے۔ پاخانے مقدار میں زیادہ، نرم یا شاحب ہوتے ہیں۔ اور اُن میں غیر تبدیل شدہ چربی کے علاوہ شحمی ترشے اور صابن موجود ہو سکتے ہیں۔ جہاں خالی آنکھ سے پاخانے مریحاً تبدیل شدہ نظر نہ آئیں ممکن ہے کہ خردبین سے اُن میں کثیر التعداد شحمی گلوبچے

اور شحمی تُرشوں کی قلمیں نظر آئیں۔ کیمیائی طور پر شحم برازی کے درجہ کی تخمین کرنے کے لئے نہ صرف براز کے اندر کی چربی کا معلوم کرنا بلکہ غذا میں لی ہوئی چربی کا دریافت کرنا بھی اہم اور ضروری ہے۔ شدید اصابتوں میں ۵۰ تا ۶۰ فی صدی شحمی درآمد براز میں ضایع ہوجاتی ہے۔ طبعی شحمی نقصان صرف تقریباً ۱۰ فی صدی ہوتا ہے۔ اور شحم خشک کردہ براز کا ¼ - ⅓ سے زیادہ حصہ نہیں ہوتی، اور اس میں سے ¼ - ⅓ سے زیادہ حصہ گلسرین اور شحمی ترشہ میں منشقق نہیں ہوتی۔

اس امر میں کہ شحم برازی عموماً بنقراسئ الاصل ہوتی ہے شبہ کرنے کیلئے دو وجوہ ہیں :- (۱) وہ نہایت عام طور پر اُس وقت ناقص انجذاب سے پیدا ہوجاتی ہے جب کہ شکمی تدرّن یا بالیسد سے لبنیات متسدد ہوگئے ہوں۔ ان اصابتوں میں پاخانے میں کی چربی بڑی حد تک منشقق ہوتی ہے۔ (۲) اِس امر کی شہادت پیش ہورہی ہے کہ انجذاب شحم کے لئے بنقراسی رس اتنا اہم عامل نہیں کہ جتنا معاء میں صفرا کی موجودگی۔ فی الحقیقت، بنقراسی قنانوں کی تجربی بندش یا استیصال سے اس انجذاب پر اثر پڑتا نہیں معلوم ہوتا (74)۔ پیدائشی شحم برازی بھی بیان کی گئی ہے، اور اسہال، شکمی مرض (cœliac disease) اور معدی قولونی ناسور میں پاخانے میں چربی زیادہ ہوجاتی ہے، اور پاخانے بڑی جسامت کے ہوتے ہیں۔

لحم برازی (creatorrhœa) ٹرپسین (trypsin) کی غیر موجودگی کے سبب سے ہوتی ہے۔ غیر منہضمہ مخطط عضلہ کے کثیر التعداد ریشے، جو غذا میں کھائے ہوئے گوشت سے حاصل ہوتے ہیں، خردبین سے پاخانے کے اندر دیکھنے میں آتے ہیں۔ وافر اسہال میں بھی لحم برازی ہوجاتی ہے، چنانچہ اِس مغالطہ کو رفع کرنے کے لئے لحمی غذا کے ساتھ چارکول یعنے کوئلہ لیا جاتا ہے، اور سیاہ پاخانے کا امتحان صرف اسی صورت میں کیا جاتا ہے جب کہ وہ ادخالِ غذا کے بعد اٹھارہ تا تیس گھنٹوں کے درمیان خارج ہو (87)۔

بول میں ڈایاسٹیس (diastase)۔ یہ امتحان چوبیس گھنٹے کے بول کے نمونہ پر کیا جاتا ہے۔ صحیح نتائج حاصل کرنے کے لئے سب سے پہلے یہ ضروری

ہے کہ بول کی تعبیر $\frac{N}{10}$ سوڈیئم ہائڈریٹ یا ہائڈروکلورک ایسڈ کے ساتھ کریں یہاں تک کہ ترشگی درجۂ انسب کی ہو جائے، یعنے بول کا pH ۶، ۷ ہو۔ یہ حالت اُس وقت ہوتی ہے جب کہ بول میں فینال ریڈ (phenol red) کو بطور ایک مظہار کے ملانے سے ایک خفیف سی گلابی جھلک پیدا ہو جاتی ہے (92)۔ اس بول کے ۶ء۰، ۴ء۰، ۲ء۰، اور ۱ء۰ سی سی چار نلکیوں میں رکھ کر اُن میں طبعی مالح (۹ء۰ فی صدی) ملا کر ہر ایک کو ایک سی سی کر دیا جاتا ہے۔ بول کو طبعی مالح سے دس گنا مرقق کر کے پھر یہی طریقہ اختیار کیا جاتا ہے، اور آٹھ نلکیوں میں ایسی طاقتوں کا بول ہو جاتا ہے جو ۶ء۰، ۴ء۰، ۲ء۰، ۱ء۰، ۰۶ء۰، ۰۴ء۰، ۰۲ء۰، ۰۱ء۰ سے متناظر ہوتی ہیں۔ پھر ہر نلکی میں ۱ء۰ فی صدی حل پذیر نشاستہ کے ۲ سی سی ملا دئے جاتے ہیں۔ پھر ان نلکیوں کو نصف گھنٹے کے لئے ۳۹ درجہ سینٹی گریڈ پر محتضن کر لیا جاتا ہے۔ ٹھنڈا ہونے کے بعد ان نلکیوں میں سلسلہ وار ۱ء۰ طاقت والے بول کی نلکی سے شروع کرکے، $\frac{N}{50}$ آیوڈین قطرہ قطرہ کرکے ملا دیا جاتا ہے، یہاں تک کہ ان میں رنگ کا تغیر موقوف ہو جائے۔ ایسی سب سے پہلی نلکی کہ جس میں نیلا رنگ نہیں نمودار ہوتا، بول کے اندر ڈایاسٹیس کی مقدار ظاہر کرتی ہے، جو ۲ کو اُس نلی کی طاقت سے تقسیم کرنے سے حاصل ہوتی ہے۔ مثلاً اگر ۰۶ء۰ نلی میں نیلا رنگ نہ پایا جائے تو ڈایاسٹیس کی مقدار ۳۳ اکائیاں ہوگی۔ ڈایاسٹیس کی طبعی مقدار ۱۰ اور ۴۰ کے درمیان اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ بنقراسی مرض میں بول کے اندر ڈایاسٹیس کی مقدار (یعنی ڈایاسٹیس کا نمائندہ) زیادہ ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ اِس کا تعلق دراصل بنقراس کے اندرونی افراز سے ہو۔ کیمج (Cammidge) یقین کرتا ہے کہ اس افراز کی قلت، کبدی ڈایاسٹیس کو خون کے اندر رہا کرکے بول میں اُس کی مقدار کی زیادتی پیدا کر دیتی ہے۔

اندرونی افراز کی قلت۔ نمایاں اصابت میں یہ شکر بولیت پیدا کر دیتی ہے، اور نسبتہً کم نمایاں اصابتوں میں ممکن ہے کہ تحمل شکر میں کمی ہو جائے۔ اس کے جانچنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ مریض کو ڈیکسٹروس کی ایک معتاد دے کر دموی شکر کی زیادتی کو دیکھا جائے، نیز یہ بھی کہ بول میں کوئی شکر خارج ہوئی ہے

یا نہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 463)۔ کیمج، فارسایتھ (Forsyth) اور ہاورڈ (Howard) کی تازہ تحقیقات نہایت بڑی نظری دلچسپی رکھتی ہے، اور ممکن ہے کہ اُس سے بنقراس کے اندرونی افراز کی قلت کو اُس کے ابتدائی مدارج میں دریافت کرنے کے قیمتی ذرایع حاصل ہو جائیں۔ اُن کا خیال ہے کہ جگر میں ایک نشاپاشی خمیر موجود ہوتا ہے، جو گلائکوجن کو توڑتا ہے اور ڈیکسٹرِن (dextrin) جیسے اجسام کے ایک درجہ میں سے گذارتا ہوا ڈیکسٹروس بنا دیتا ہے۔ طبعی حالت میں بنقراس کا اندرونی افراز اِس خمیر کی فعالیت کو روکے رکھتا ہے۔ اگر بنقراس کا اندرونی افراز کم ہے، تو سب سے پہلے یہ ہوتا ہے کہ خون اور بول میں (کہ جس میں یہ ڈکسٹرنز خارج ہوتے ہیں) ان ڈیکسٹرِنس کی زیادتی ہو جاتی ہے، لیکن دموی شکر تقریباً اپنے طبعی لیول پر رہتی ہے۔ اِس کے ایک نسبتہً بعد کے درجے میں یہ ڈیکسٹرِنس پورے طور پر ٹوٹ کر ڈیکسٹروس بن جاتے ہیں، چنانچہ اب بیش شکر دمویت اور شکر بولیت پیدا ہو جاتی ہے، اور خون اور بول میں سے ڈیکسٹرِنس غائب ہو جاتے ہیں۔ یہی آخری حالت ذیابیطس شکری میں پائی جاتی ہے۔ خون کے اندر ڈیکسٹرِنس کی مقدار کی پیمائش کرنے کے لئے ہائڈروکلورک ایسڈ کے ذریعہ اُن کی آب پاشیدگی عمل میں لائی گئی جس سے وہ ڈیکسٹروس میں متغیر ہو گئے۔ پھر مجموعی ڈیکسٹروس کی تخمین کی گئی۔ اِس مقدار میں، اور ڈیکسٹروس کی اُس مقدار میں کہ جو ابتدائی خون کے اندر آب پاشیدگی سے پہلے موجود تھی، جو قدرِ فرق ہے، اِس سے ڈیکسٹروس کی وہ مقدار حاصل ہوتی ہے جو ڈیکسٹرِنس کی وجہ سے تھا۔ بول کے لئے بھی یہی طریقہ استعمال کیا جا سکتا ہے، یا وہ راست طریقہ کام میں لایا جا سکتا ہے جس میں آیوڈین استعمال کرنی پڑتی ہے۔ یہ تخمینیں اصلی تعاملِ کیمج کی بجائے ہیں، جو کہ غیر معتبر ہے۔

410

امراض بنقراس

حاد التہابِ بنقراس

(acute pancreatitis)

امراضیات۔ تجربی اور سریری مشاہدات ظاہر کرتے ہیں کہ حاد التہابِ بنقراس، اصابتوں کی اکثریت میں اولاً جراثیمی سرایت کے باعث ہوتا ہے، جو ٹرپسنوجن (trypsinogen) کو ٹرپسین (trypsin) میں متغیر کرکے بنقراسی رس کو فعال بنا دیتی ہے۔ مرضی غدے کے ممیز مناظر، فعال بنقراسی رس سے اس کے ہضم ہو جانے کے باعث ہوتے ہیں۔ فربہی سے حاد التہابِ بنقراس کی استعداد پیدا ہو جاتی ہے، اور یہ حملے بار بار ہو کر بالآخر ایک آخری حادثہ میں منتہی ہو سکتے ہیں۔ یہ التہاب عموماً سنگہائے صفرا یا التہابِ مرارہ کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ لیکن حاد التہابِ بنقراس میں سنگ صفرا کا انتفاخ واٹیر میں مغروز پایا جانا بہت عام نہیں، اور جب یہ حالتِ انغراز ہوتی ہے تو سنگ غالباً اتنا کافی بڑا ہوتا ہے کہ قناتِ ورسنگ (Wirsung's duct) کے مخرج کو مسدود کرتا اور صفرا کو اوپر بنقراس کے اندر جانے سے روک دیتا ہے۔ تاہم یہ ممکن ہے کہ چھوٹے سنگ انتفاخ کے مقام پر مغروز ہو کر بنقراسی قنات میں وقفہ وار رکود پیدا کر دیں، اور متلازم سرایت جو صفراوی قناتوں سے پھیلتی ہے حملہ کو شروع کر دیتی ہے۔ قولنج صفراوی کے متواتر خفیف حملوں کی روداد کا حاصل ہونا بالکل عام ہے، جو اس مفروضہ کے ساتھ مطابقت کرتا ہے۔ حاد التہابِ بنقراس سرایت کے دوسرے متصلہ مرکزوں سے شروع ہو سکتا ہے، جیسے کہ اثنا عشری قرحہ اور التہابِ قنات ہائے صفراء سے، اور بعض اوقات وہ ایسے ساری امراض، جیسے کہ تپ محرقہ، تقیح الدم اور عفونت الدم، نیز کنکاف (mumps) میں واقع ہو جاتا ہے۔ بنقراس اور غددِ ریقیہ کی باہمی مشابہتِ ساخت کی وجہ سے آخر الذکر حالت دلچسپی سے

خالی نہیں۔

حاد نزفی التہاب بنقراس (acute hæmorrhagic pancreatitis) میں بنقراس متورم اور خستہ ہو جاتا ہے اور اس میں سرخ یا بھورے سے لے کر سیاہ تک منقط ہوتا ہے، اور ساتھ ہی سطح پر اور خستگی بافت میں نزفات ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ خون بذریعۂ وعا بدری متصلہ ساختوں میں چلا جائے، یا کہفۂ باریطونی کے اندر خون آلود سیال موجود ہو۔ خردبین سے بنقراس کی سنخیتی بافت تنخری پائی جاتی ہے، اور اس کے ساتھ عموماً التہاب بھی ہوتا ہے، جیسا کہ کثیر الاشکال نواتی خلیوں کی دریزش سے ظاہر ہوتا ہے۔ یہ غالباً بنقراسی رس سے انہضام ہونے کے بعد ثانوی طور پر ہوتا ہے۔ شحمی تنخر ہمیشہ ایک نمایاں مظہر ہوتا ہے۔ بنقراس میں اور متصلہ تحت الباریطونی شحم میں، بعض اوقات گرد کلوی، واسطی اور گرد قلبی شحم میں بلکہ تحت الجلدی شحم تک میں ماندزرد یا غیر شفاف سپید رنگ کے چھوٹے چھوٹے تودے ہوتے ہیں، جو متصلہ تندرست چربی سے واضح طور پر متفرق، اور بعض اوقات ایک تنگ نزفی منطقہ سے گھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ یہ خارج شدہ بنقراسی افراز کے شحم پاش خمیر (لائپیس = lipase) کے اس عمل سے پیدا ہو جاتے ہیں جو وہ چربی پر کرتا ہے۔ رہا شدہ شحمی ترشے کیلیم کے اساس کے ساتھ شریک ہو جاتے ہیں اور گلیسرین جذب ہو جاتی ہے۔

ایک نسبتۃً بعد کے درجے میں، یا اگر یہ عمل زیادہ مزمن ہے تو تقیحی التہاب بنقراس (suppurative pancreatitis) واقع ہو جاتا ہے۔ بنقراس بڑا، متورم، اور پیپ سے دررکیختہ ہوتا ہے۔ یا اس میں جدا جدا پھوڑے موجود ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ایک آدھ پھوڑا کہفۂ باریطونی کے اندر، یا معدے یا آنت کے اندر پھوٹ پڑے، بابی اور طحالی اوردہ کی علقیت اور سرایت بھی واقع ہو سکتی ہے اور ساتھ ہی جگر میں سروجی پھوڑا بھی ہو سکتا ہے۔ مختلف اصابتوں میں معمولی عصیۂ قولونی اور ریم ساز عضویے پائے جاتے ہیں۔ دونوں شکلوں میں ممکن ہے کہ حاد التہاب باریطون سے بالآخر ہلاکت واقع ہو جائے۔

علامات۔ جب التہاب بنقراس نکاف کے دوران میں واقع ہوتا ہے تو

قئے اور شراسیفی درد کے ساتھ شراسیفی خطے میں ورم اور الیمیت موجود ہوتی ہے۔
نسبتۃً زیادہ شدید نزفی التہاب بنقراس کی خصوصیت شکم کے بالائی حصے میں
شدید بلکہ جاں گداز درد ہے، جو پھیل کر پشت تک پہنچتا ہے۔ وہ مثقوب ہضمی
قرحہ کے درد کے نسبت زیادہ تکلیف دہ ہوتا ہے اور اکثر مارفیا سے رفع نہیں ہوتا۔
تاہم استواری عموماً زیادہ نہیں ہوتی، کیونکہ سیال کی دافع عفونت نوعیت سے
باعث عموماً عمومی التہاب باریطون نہیں ہوتا۔ شاید پروٹین پاش اشیاء کے
انجذاب کی وجہ سے صدمہ، جس کے ساتھ زراق ہوتا ہے، جلد ہی پیدا ہو جاتا ہے۔
اکثر بظاہر تندرستی کی حالت کے دوران میں علامات بالکل یکایک پیدا ہو جاتے
ہیں۔ بعض اوقات چند گھنٹوں کے بعد شکم کے بالائی حصے میں ایک محدود و القام
الیم ورم نمودار ہو جاتا ہے، لیکن تشخیص کے مشکلات ایسے ہیں کہ اکثر غلطی سے اس
حالت کو معوی تسدد (intestinal obstruction) سمجھ کر اس کے ازالہ کی غرض
سے شکم چاک کر دیا گیا ہے۔ یہ اصابتیں عموماً چار یا پانچ دنوں کے اندر مہلک ثابت
ہوتی ہیں، لیکن بعض ایسی بھی ہیں جو شکم شگافی کے بعد شفایاب ہو گئیں۔ تقیحی
التہاب بنقراس کے علامات بھی اس کے مماثل لیکن نسبتۃً کم نمایاں اور کم حاد
ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ مرضی حالت کئی مہینوں تک جاری رہے۔ سلعہ صرف
مریضوں کی ایک چوتھائی میں محسوس ہوتا ہے، اور یہ تاجیہ باریطونی صغیر میں سیال کے
اجتماع کے باعث ہوتا ہے۔ اکثر ایسے علامات کا اندراج نہیں ہوا ہے جو بنقراسی تطیفول
کے فشل سے منسوب کی جاسکیں، لیکن اس کی وجہ شاید یہ ہو کہ ان کی تلاش ہی نہیں
کی گئی۔ شکر بولیت اور بولی ڈایابیٹس کی زیادتی سے تشخیص میں قیمتی امداد ملے گی۔
بعض اوقات یرقان موجود ہوتا ہے۔

علاج۔ اگر علامات ضروری التوجہ ہوں تو شکم شگافی کا عملیہ فوراً انجام
دینا چاہیے۔ ممکن ہے کہ دریافت شدہ حالت مقامی تدابیر کی متقاضی ہو۔ مثلاً
ایک نزفی ضرر کی حالت میں بنقراس میں شگاف دے کر، اور نزف کو بندش
کے ذریعہ روک کر تسیل قائم کر دی گئی۔ تقیحی التہاب بنقراس کی حالت میں پھوڑے
میں شگاف دینا اور تسیل کرنا قطعاً ضروری امور ہیں۔ عملیہ کوئی بھی ہو اس میں مرارہ

اور مشترک قنات صفراء کا امتحان التہاب مرارہ اور سنگہائے مرارہ کے لئے کر کے مرارہ کی تسئیل کر دینی چاہئے۔

مزمن التہاب بنقراس

(chronic pancreatıtis)

یہ زخنکی بافت کو متاثر کر کے بہت لیفی بالیدگی پیدا کر دیتا ہے، جس سے نتیجۃً غدّی ساختوں کا ذبول پیدا ہو جاتا ہے، جو کہ بہت جگر میں پائے جانے والے تغیرات سے مماثل ہوتا ہے۔ اور جیسا کہ اس مرض میں ہوتا ہے، ممکن ہے کہ مزمن التہابِ بنقراس میں بھی لیفی جال عنیبات کے بڑے گروہوں کو محصور کرے (مابین لختکی = ınterlobular)، یا نسبتہً بہت زیادہ شاذ طور پر منفرد عنیبات کو محصور کرے (بین عنیبی = ioteracınar)۔ عموماً اس عضو کا سر سب سے زیادہ ماؤف ہوتا ہے۔ جرم نہایت کثیف اور سخت ہو جاتا ہے، اور نسبتہً قلیل الوقوع بین عنیبی شکل میں ممکن ہے کہ بہت کلانی واقع ہو جائے۔ مزمن التہاب بنقراس کی تسبیب بالکل وہی ہے جو کہ حاد التہاب بنقراس کی تسبیب ہے۔ وہ عموماً متصل التہابات جیسے کہ باریطون کے، قناتِ صفراء کے، معدے اور آنتوں کے التہاب، مثلاً التہابِ زائدہ دودیہ کے پھیلنے سے پیدا ہو جاتا ہے، جس سے ساری عضویے اوپر کو بنقراسی قناۃ میں منتقل ہو جاتے ہیں۔ نیز وہ بنقراسی قنات میں انجمادات کی موجودگی سے، یا محبوس بنقراسی افرازات کی موجودگی سے پیدا ہو جاتا ہے۔ یا سرطان سے قنات کے مضغوط ہو جانے سے، یا مرضِ قلب سے وریدی امتلاء ہو جانے سے پیدا ہو جاتا ہے، اور شاید آتشک سے اور الکحل کے ناجائز استعمال سے پیدا ہو جاتا ہے۔ سنگہائے صفرا مزمن التہاب بنقراس کا ایک عام سبب ہیں بالخصوص اس وقت جب کہ ایک سنگ انتفاخِ واتیرین، یا مشترک قنات میں واقع ہو، یا جب ان کی موجودگی کا یہ نتیجہ ہو کہ تقیحی التہابِ قنات ہائے صفرا پیدا ہو گیا ہو۔ قناتی تسدد اور سرایت کی ان مثالوں میں سے بیشتر میں بین لختکی شکل کا مزمن التہاب پیدا ہو جاتا ہے۔ صلابت الشرائین (arterıo-sclerosis) بھی

مزمن بنقراسی التہاب کا ایک سبب ہے، جو اِس صورت میں عموماً بین عُنیبی قسم کا ہوتا ہے۔

مرضی تشریح ۔ بین لختکی شکل میں بنقراس کثیف اور سخت ہوجاتا ہے، اُس میں لیفی بافت کے چوڑے بند لختکوں اور مدفون رقبوں کے درمیان دوڑتے ہیں ان رقبوں میں سے بعض تو متکسر غدی جرم کے ہوتے ہیں اور بعض خوب مصئون بافت کے۔ بالعموم جزائر لنگر ہانس غیر متاثر رہتے ہیں۔ بین عُنیبی شکل میں عُنیبات مذبول ہوجاتے ہیں، اور جزائر لنگر ہانس اکثر اوقات لمف آسا خلیوں کی در ریزش سے اور صلابت سے ماؤف ہوجاتے ہیں۔

412　مزمن التہاب بنقراس کی یہ ہر دو شکلیں چربی کے بڑے جماؤ (شحم سلعیت = lipomatosis) سے پیچیدہ ہوسکتی ہیں، بالخصوص اُن اشخاص میں جن کو فربہی کی شکایت ہو۔

علامات ۔ راقم الحروف کا ایک مریض ایک ۴۹ سالہ شخص تھا جسے بالکل اثنا عشری قرحے سے مشابہ علامات تھیں، اور ساتھ ہی اُس کا معدہ چھوٹا اور منتعرض تھا، جو بہ سرعت خالی ہوجاتا تھا، لیکن نہ تو کلاہ کا تشوہ تھا اور نہ مخفی خون موجود تھا۔ مشتبہ سنگہائے صفرا کے لئے جراحی عملیہ انجام دیا گیا، لیکن صفراوی خطّہ وغیرہ طبعی پائے گئے۔ دوسری اصابتوں میں کوئی علامات نہیں ہوتے، یا سوء ہضم کے مبہم سے علامات ہوتے ہیں، یا ممکن ہے کہ نحول کے ساتھ نمایاں بنقراسی قلت موجود ہو۔ مزید برآں ممکن ہے کہ بنقراس کا متورّم سر مشترک صفراوی قنات کو جو اس کے اندر محصور ہوتی ہے مضغوط کردے اور اس طرح تسددی یرقان پیدا کردے۔ اس کا نتیجہ اکثر یہ ہوتا ہے کہ عملیہ کردیا جاتا ہے، جس کے بعد ایک سخت بنقراس محسوس ہوتا ہے۔ تقریباً ایک ثلث اصابتوں میں یہ ڈھیلا التہاب بنقراس کی وجہ سے ہوتا ہے، اور دو ثلث اصابتوں میں بنقراس کے سر کے سرطان کے باعث۔

جہاں مزمن التہاب بنقراس کے باعث ذیابیطس شکری پیدا ہوجاتا ہے، اوپائی (Opie) بیان کرتا ہے کہ یہ تقریباً بالکل بین عُنیبی شکل سے پیدا

ہوتا ہے، جس میں بالخصوص جزائرِ لنگرہانس متضرر ہوتے ہیں۔ بین لختکی شکل سے ذیابیطس شکری صرف انتہائی اصابتوں میں اس وقت پیدا ہوتا ہے جب کہ انحطاطی عمل اُن جزائر تک پہنچ جاتا ہے جو کہ لختکوں کے مرکز میں واقع ہیں۔

علاج۔ چونکہ بہت سی اصابتوں میں مزمن التہاب کو صفراوی اور بنقراسی قناتوں کی، اور معدی معوی غشائے مخاطی کی اختلالی حالتوں سے منسوب کیا جا سکتا ہے، لہٰذا اِن اولی اختلالات کے علاج کی طرف سب سے پہلے توجہ کرنا چاہیئے۔ اول الذکر حالت میں اکثر اِخراج سنگ کے لئے جراحی عملیہ کی ضرورت ہوگی، اور آخر الذکر حالت میں موزوں غذائی اور دوائی علاج کی ضرورت ہوگی۔ ایسی اصابتوں کا بھی اندراج ہوا ہے جن میں مرارے میں سے اطالت پذیر تسئیل کرنے سے علامات میں کامیابی کے ساتھ تخفیف حاصل ہو گئی ہے۔

سنگ ہائے بنقراس

(pancreatic calculi)

ان کا وقوع ادھیڑ عمر کے آدمیوں میں ممکن ہے۔ یہ ہرگز عام نہیں ہیں۔ یہ قناتوں کی نازلت سے اور افراز میں تاخیر ہو جانے سے منسوب کئے جا سکتے ہیں، اور کیلسیئم کاربونیٹ اور کیلسیئم فاسفیٹ پر، اور بعض اوقات کیلسیئم آگزیلیٹ پر مشتمل ہوتے ہیں۔ یہ ریتی کے ذروں جیسے، یا اتنے بڑے کہ ہیزل نٹ (hazel-nut) کے برابر، اور عموماً گول یا بیضوی، اور کبھی ناہموار یا شاخ دار ہو سکتے ہیں۔ رنگ میں یہ سپید یا ربادی مائل سپید، بعض اوقات بھورے یا تقریباً سیاہ ہوتے ہیں۔ بعض اوقات یہ قنات یا اُس کی شاخوں کو مسدود کر دیتے ہیں اور قناتوں کا اتساع، احتباسی دُویرے، حاد التہاب مع تقیح یا مزمن تصلب کے، بلکہ گردو پیش کے حصوں تک میں التہاب پیدا کر دیتے ہیں۔ یہ شاذ ہی علامات پیدا کرتے ہیں، اِلّا یہ کہ یہ علامات ان کے ثانوی اثرات سے پیدا ہو جائیں، مثلاً اُس التہاب سے جو یہ پیدا کر دیتے ہیں، یا دُویروں کے بننے سے، یا غذے کے ذبول یا کہبت کے پیدا ہو جانے سے۔

تشخیص، شعاع نگاری کے ذریعہ اور سنگوں کے لئے پاخانوں کا امتحان کرکے کی جاتی ہے۔ ان کو کبھی کبھی جراحی عملیہ کے ذریعہ سے نکالنے میں کامیابی ہوئی ہے، بیشتر اصابتوں میں قنات ورسنگ سے۔

بنقراس کے نومایے اور دُویرے

سرطان (carcinoma) جو تقریباً ہمیشہ اوّلی ہوتا ہے، بنقراس کا اہم ترین سلعہ ہے۔ یہ اکثر غدے کے سر میں محدود ہوتا ہے۔ یہ ایک بے قاعدہ گرہکی سخت سلعہ ہوتا ہے، جو ممکن ہے کہ اتنی کافی جسامت رکھتا ہو کہ موزوں حالات کے تحت اسے جدار شکم میں سے محسوس کرنا ممکن ہو۔ جوں جوں یہ گرہکیں جسامت میں بڑھتی جاتی ہیں بنقراسی قنات کے تسدد ہوجانے کا امکان ہوتا ہے، جس سے ایک دُویرہ بن جاتا ہے۔ کبھی کبھی دباؤ سے یا مزمن التہاب کے پھیلنے سے مشترک صفراوی قنات مسدود ہوجاتی ہے، جس سے یرقان پیدا ہوجاتا ہے۔ درحقیقت ادھیڑ اور مُسن اشخاص میں یرقان پیدا ہونے کا ایک عام سبب یہی ہے، دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ سرطان معدے، اثناعشری، باریطون، فقرات، یا دوسری ساختوں کو بھی ماؤف کردے۔ علامات مزمن التہابِ بنقراس کے علامات سے مشابہ ہوتے ہیں، لیکن نحول عموماً نمایاں ہوجاتا ہے۔

بنقراسی دُویرے (pancreatic cysts)- یہ بیشتر اوقات بنقراس کی دُم اور جسم میں نمویاب ہوجاتے ہیں۔ یہ قناتِ ورسنگ کے تسدد کی وجہ سے (جو سنگ سے پیدا ہوجائے، یا باہر سے دباؤ پڑنے کے باعث ہو) احتباسی دُویرے ہوسکتے ہیں۔ دوسرے دُویرے جرم غدہ کے اندر بنتے ہیں جو نزفی التہابِ بنقراس کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ متصلہ باریطون میں کاذب دُویرے (pseudo-cysts) نمویاب ہوجاتے ہیں، جس کی وجہ سیال کا انسکاب ہے، اس خراشش آور بنقراسی رس کی ترقیق کے لئے جو حادالتہابِ بنقراس کے باعث رہا ہوتا ہے۔

ایک کافی جسامت رکھنے والا دویرہ شکم کے بالائی حصے میں، خط درمیانی میں

یا اُس کے ایک طرف، ایک گلو بچہ نمار سولی بنا دیتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ قولون مستعرض کے نیچے اُبھر آئے اور ایک بیضی دُویرے سے مشابہ ہو، گو نیچے سے جس کرنے پر یہ اوپر کے طرف دھکیلا جا سکتا ہو۔ یہ معدے اور قولون مستعرض کے درمیان یا جگر اور معدے کے درمیان آگے کی طرف بروز کر سکتا ہے۔ اس کے تعلقات کی تعیین، لاشعاعوں سے (غیر شفاف غذا کے بعد)، یا کھوکھلے احشا کے نفوخ کے بعد قرع کے ذریعہ سے کی جا سکتی ہے۔ بنقراسی سلعہ اکثر گہرے شہیق کے دوران میں ساکن رہتا ہے، لیکن اگر وہ ڈایافرام سے متماس ہے تو ممکن ہے کہ وہ ½ یا ¾ انچ نیچے کے طرف حرکت کرے۔ اُس کے اندر کا سیال مکدّر، بھورے یا سبزی مائل رنگ کا، قلوی اور البیومینی ہوتا ہے، اور اُس کی کثافت نوعی ۱۰۱۰ تا ۱۰۲۰ ہوتی ہے۔ اُس کے اندر متغیر شدہ دموی لون اور مختلف بنقراسی خمیر موجود ہو سکتے ہیں۔ نحول اور بعض اوقات درد یا یرقان موجود ہوتا ہے۔ پیشاب میں بعض اوقات شکر موجود ہوتی ہے۔

وہ اورام جن کا اُس کے ساتھ خلط ملط ہو جانا بہت ممکن ہے، یہ ہیں:- دوسرے کسی عضو کا کیسیتی دو یرہ، استسقاء الکلیہ (hydronephrosis) محدُّدالمقام التہاب باریطون، اور بیضی مرض۔ اگر وہ زیادہ تر بائیں طرف ہے اور تنہیق سے حرکت کرتا ہے تو وہ ایک طحالی یا کلوی سلعہ سے مشابہ ہو سکتا ہے۔ امتصاص کے ذریعہ سے حاصل شدہ سیال کی نوعیت سے امداد حاصل ہونی چاہیئے۔ بنقراس کے پیدائشی دُویرے اور کیسیتی دُویرے شاذ ہی ہوا کرتے ہیں۔

علاج۔ بنقراسی دُویروں کا علاج اکثر شگاف اور تسییل سے کامیابی کے ساتھ کیا گیا ہے۔ دوسرے سلعات کے تدارک میں نسبتہً کم آسانی ہوتی ہے، اور اُن کا علاج یہی ہونا چاہیئے کہ علامات میں تخفیف حاصل ہو جائے۔ اگر سلعہ کا استیصال ناممکن ہو تو مرارہ شگافی اور مراری معوی تفجیر سے کچھ آرام حاصل کیا جا سکتا ہے۔

امراض باریطون

حاد التہاب باریطون

(acute peritonitis)

بحث اسباب - حاد التہاب باریطون محمولۂ خون سرایت سے ہوسکتا ہے، یعنی نبقی ریوی التہاب باریطون، اور نہایت شاذ صورتوں میں نبقی سبحی التہاب باریطون۔ اکثر الوقوع سبب شکمی احشار کا کوئی ضرر ہوتا ہے، جیسے کہ مثقوب ہضمی قرحہ، لفائفی کے مثقوب محرقی یا تدرنی قروح، اور قولون کے زحیری قروح، اعوری زائدہ کا التہاب اور انتاث، جگر کے پھوڑے، مرارے کا تقیح حاد معوی تسدد مع تخنیق کے، طحال کا انفعام اور خراج، وہ کثیر التعداد التہابی ضررات جو عورتوں کے تولیدی اعضار کو ماؤف کرنے کا رجحان رکھتے ہیں، یعنے التہاب الرحم (metritis)، التہاب نزورحمہ (parametritis)، التہاب مبیض، التہاب انبوبۂ فلوپی (salpingitis)، حوضی موی قیلہ (pelvic hæmatocele)، اور بعض اوقات وہ سرایت جو التہاب حوض الکلیہ (pyelonephritis)، گرد کلوی التہاب (perinephritis)، خراج خصری (psoas abscess)، حاد ذات الجنب یا تقیح الصدر سے پھیل جاتی ہے۔ لیکن تقیح الصدر کا التہاب باریطون پیدا کرنا اتنا عام نہیں ہے کہ جتنا عام ایک باریطونی خراج کا تقیح الصدر پیدا کرنا۔

اِن میں سے بہت سی اصابتوں میں کہفۂ شکمی کے اندر مایعات، جیسے کہ غذا، براز، یا پیپ کے اخراج سے اور اُن کے ساتھ ساری خرد عضویے منتقل ہوجانے سے التہاب باریطون شروع ہوجاتا ہے۔ معدی اور معوی قروح کے انثقاب کی حالت میں، اور التہاب زائدہ دودیہ میں، اور پھوڑوں کے پھٹ جانے میں یہی ہوتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں التہاب مصلی تہ تک پھیل جاتا ہے، یعنی خرد عضویے بافتوں کے اندر بلا کوئی بین انشقاق پیدا ہوئے داخل ہوجاتے ہیں۔

باریطون کے زخموں کے بعد، خواہ یہ تعضر کی وجہ سے ہوں یا جراحی کارروائی میں پیدا ہو جائیں، التہاب باریطون ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ کبھی کبھی مرضِ برائٹ، خواہ یہ حاد ہو یا مزمن، التہاب باریطون کا سبب مُعدّ ہو جاتا ہے۔

جرثومیات۔ التہاب باریطون پیدا کرنے والے خرد عضویے یہ ہوتے ہیں:۔ عموماً معمولی عصیہ قولونی اس وقت ہوتا ہے جب کہ باریطون میں امعاء سے سرایت پہنچے، جیسے کہ التہابِ زائدہ دودیہ یا انثقاب معاء میں، یا جب صفراوی راستوں سے سرایت پہنچے۔ نبقہ سبحیہ اور نبقہ عنبیہ التہابِ باریطون میں اس وقت پائے جاتے ہیں جب کہ وہ حوضی اعضاء کے ضررات سے یا شکمی دیوارں سے ماخوذ ہو۔ نبقہ ریو یہ بھی ملتا ہے۔ اس کا باریطونی التہاب اوّلی ہوسکتا ہے یا ممکن ہے کہ وہ ذات الریہ کے ساتھ متلازم ہو، یا ممکن ہے کہ وہ نبقی ریوی عفونت الدّم کا ایک جزو ہو۔ دوسرے جراثیم جو کمتر پائے جاتے ہیں یہ ہیں:۔ عصیہ محرقیہ (B. Typhosus)، عصیہ ریم ازرق (B. pyocyaneus)، گیس آفریں لیکٹس عصیہ (B. lactis aerogenes)، خرد نبقہ چہارزا (Micrococcus tetragenes)، اور خرد نبقہ سوزاک۔ ایمیبائے قولونی امیبائی زحیر میں پایا گیا ہے کبھی کبھی عصیۂ درنیہ حاد التہاب پیدا کر دیتا ہے لیکن بہت زیادہ عام طور پر وہ ایک مزمن قسم کا التہاب پیدا کرتا ہے۔

مرضی تشریح۔ باریطون میں جو تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں وہ اُن تغیرات سے مماثل ہیں جو التہابِ پلیورا کی حالت میں پلیورا میں واقع ہوتے ہیں۔ پہلے پہل عروقیت کی زیادتی کی وجہ سے سرخی ہوتی ہے، اور اگر کہفۂ شکم کا امتحان اس ابتدائی درجے میں کیا جائے تو عموماً دیکھنے میں آتا ہے کہ امعاء کی سرخی آنت کے طول میں اس مقام پر متوازی دھاریاں بنا دیتی ہے کہ جہاں تین باریطونی سطحیں ملتی ہیں، یعنے آنت کے دو لچھے اور شکم کی اگلی دیوار یا آنت کے تین لچھے۔ اس مقام پر دوسری جگہ کے نسبت دباؤ کم ہوتا ہے، چنانچہ امتلا اور ارتشاح پہلے یہیں واقع ہوتے ہیں، اور آنت کے برابر برابر ایک فضا بنا دیتے ہیں جو تراشش میں مثلثی ہوتی ہے۔ یہ ارتشاح منجمد ہو کر ایک زرد پپڑی نما جماؤ پیدا کر دیتا ہے، جسے اکثر ملف کا غیر موزوں نام دیا جاتا ہے، لیکن جو در اصل فائبرین اور سپید خلیوں پر

414

مشتمل ہوتا ہے، اور اِس کے علاوہ ممکن ہے کہ ایک مختلف المقدار مکدر سیّال بھی موجود ہو۔ یہ ارتشاح نہایت سرعت کے ساتھ نمودار ہو جاتا ہے، جیسا کہ بعض ضربی اصابتوں میں دیکھا جانا ممکن ہے، جن میں اٹھارہ گھنٹوں سے بھی کم میں زرد لمف کی کچھ مقدار بن سکتی ہے۔ بعض نسبتہً کم شدید اور کم وسیع اصابتوں میں اِس ارتشاح کی جگہ لیفی بافت لے لیتی ہے (تعضیہ)۔ اور اُن انضمامات سے جو اِس طرح بن جاتے ہیں مختلف احشا باہم جُڑ جاتے ہیں، یا باریطونی کہفہ مطموس ہو جاتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں سپید خلیوں کی مقدار زیادہ ہو جاتی ہے، یا وہ ابتدا ہی سے کثیر التعداد ہوتے ہیں، اور التہابی حاصلات تمام تر ریمی ہوتے ہیں۔ یہ اکثر بہ سُرعت مہلک ثابت ہوتا ہے۔

حاد محدود المقام التہابِ باریطون (acute circumscribed peritonitis) یا باریطونی خُراج (peritoneal abscess)، سرایت کے محدود المقام ہو جانے سے پیدا ہو جاتا ہے۔ زائدی خُراج (appendix abscess) باریطونی خراج کی عام ترین قسم ہے۔ باریطونی خراجات حوض، قطنی خطوں اور حرقفی حفروں میں ہوتے ہیں، یا ڈایا فرام کے نیچے (زیر ڈایافرامی خراج = subphrenic abscess) جس پر آگے غور کیا گیا ہے۔ ممکن ہے کہ ان پھوڑوں کا باہر کی طرف منہ بن جائے یا وہ کھوکھلے احشا میں سے کسی ایک کے اندر کھل جائیں، یا سینہ کے اندر پھٹ کر ذات الجنب یا ذات الریہ پیدا کر دیں۔ بعض اوقات ایسا بھی ہوتا ہے کہ ایک قرحہ کے انثقاب کے بعد معدے یا آنتوں کے ساتھ راست ربط موجود ہونے کے سبب سے باریطونی خراج میں ہوا موجود ہوتی ہے۔

علامات۔ حاد عمومی التہاب باریطون درد کے ساتھ شروع ہوتا ہے، جو بیشتر نہایت شدید ہوتا ہے، اور اگر ابتدائً ایک مقام پر محدود ہو تو جلد ہی سارے شکم پر منتشر ہو جاتا ہے۔ یہ درد مسلسل ہوتا ہے، لیکن ہر قسم کی حرکت، کھانسنے، کانکھنے یا قئے ہونے سے زیادہ ہو جاتا ہے۔ دبانے سے اس کو تسکین نہیں ہوتی، بلکہ اِس کے برعکس سارے شکم پر نمایاں الیمیت موجود ہوتی

ہے۔ سانس لینے پر سارے کے سارے شکم میں حرکت ناپذیری ہوتی ہے، اور تنفس بالکل صدری ہوتا ہے، اور جس کرنے پر استواری ہوتی ہے جو کبھی ڈھیلی نہیں پڑتی (یہ ایک نہایت اہم امارت ہے)۔ ٹانگیں اکثر پیٹ کی طرف کھنچی ہوئی ہوتی ہیں، تاکہ جدار شکم تننے نہ پائے، اور مریض ہر قسم کی حرکت سے احتراز کرتا ہے۔ نبض عموماً سریع، اور تپش مرتفع ہوتی ہے۔ لیکن بعض اوقات تپش کم ہوتی ہے گو نبض سریع ہوتی ہے، اور اسے سخت سرایت کی امارت سمجھنا چاہیئے، کیونکہ شرح نبض شدت مرض کی اس سے زیادہ اہم دلالت ہے کہ جتنی درجۂ تپش ہے قاعدہ ہے کہ قئے جلد ہی شروع ہوجاتی ہے، اور بار بار ہوتی ہے، یا تو خود بخود غذا لینے کی کوششوں کے بعد قئے میں پہلے معدی مافیہ اور بعد میں صفرا خارج ہوتا ہے، اور اس کے بعد قئے تقریباً برازی نوعیت کی ہوتی ہے۔ بعض اوقات ابتدا ہی میں قشعریرہ ہوتا ہے، لیکن ہبوط ہمیشہ بہت زیادہ ہوتا ہے۔ بعد کے درجوں میں مریض پیٹھ کے بل لیٹا ہوتا ہے، اس کا چہرہ سکڑا ہوا ہوتا ہے، آنکھیں سیاہ ہوکر ان میں گڑھے پڑجاتے ہیں، چہرے سے تشویش ظاہر ہوتی ہے، اور زبان خشک اور فروائی اور نبض سریع وصغیر ہوتی ہے۔ امعاء کے عضلی طبقہ کے شلل اور ان کے اندر گیس کے اجتماع کی وجہ سے شکم متمدد ہوجاتا ہے۔ اس کی سطح گمک دار ہوتی ہے، لیکن اگر زیادہ سیال منکب ہوا ہو تو ممکن ہے کہ پہلوؤں پر یا کبھی کبھی سارے شکم پر اصمیت پیدا ہوجائے۔ ہچکی ایک ایسی علامت ہے جو اکثر ہوا کرتی ہے۔ قبض ہمیشہ ہوتا ہے، لیکن بعض اوقات ممکن ہے کہ ایک یا دو دنوں کے بعد ایک یا زائد بار پاخانہ ہو، یا ممکن ہے کہ اسہال شروع ہوجائیں۔ اور کبھی کبھی شروع ہی سے اسہال ہوتے ہیں۔ بول قلیل المقدار ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ درد کے ساتھ خارج ہو، یا محبوس ہوجائے۔

مثقوب ہضمی قرحہ کی اصابتوں میں ابتداء میں عمومی استواری شکم اور صدمہ ہوتا ہے، جس کے ساتھ چہرہ مشوش اور ازرق ہوتا ہے، جوارح ٹھنڈے اور نم ہوتے ہیں، تپش تحت الطبعی اور نبض سریع وضعیف ہوتی ہے۔ بالآخر حاد التہاب باریطون کے متاخر امارات نمودار ہوجاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ گیس

کہفۂ باریطون کے اندر خارج ہوکر وسیع گمگ، بلکہ مایع کے ساتھ آمیز ہوکر چھلکاؤ پیدا کردے۔ باریطون کے اندر گیس کی وعا بدری کی شناخت بعض اوقات اس سے ہوتی ہے کہ گیس جگر کے سامنے جمع ہوکر طبعی کبدی اصمیت کے بجائے گمگ پیدا کردیتی ہے۔ لیکن یہ یاد رکھنا چاہیے کہ احشا کے اندر سے کوئی گیس خارج ہوئے بغیر بھی یہ ممکن ہے کہ ان احشا کے زیادہ گیسی تمدد سے جگر صدری دیوار کے تماس سے دور ہوجائے۔

قے اور درد کی وجہ سے مریض بتدریج خستہ ہوجاتا ہے، زبان نسبتہً زیادہ خشک اور بھوری ہوجاتی ہے، لبوں اور زبان پر وسخ جم جاتی ہے۔ نبض صغیر تر اور سریع تر ہوجاتی ہے، پھیپھڑوں کے قاعدے مضغوط ہوجاتے ہیں، اور دو سے چھ دنوں تک کی بیماری کے بعد موت واقع ہوجاتی ہے۔ لیکن ایسا ہر اصابت میں نہیں ہوتا کہ یہ تمام ممیز و مخصوص امارات ملیں۔ بعض اصابتوں میں بخار نہیں ہوتا، دوسری اصابتوں میں تمدد محض خفیف سا ہوتا ہے، کبھی کبھی مریض اپنی پشت کے بل منبطح پڑا رہنے کے بجائے سخت درد و کرب کی حالت میں تڑپتا رہے گا۔

نبقی ریوی التہاب باریطون میں، جو عموماً نبقی ریوی عفونۃ الدم کے ایک جزو کے طور پر پیدا ہوجاتا ہے، درد اور الیمیتِ شکم، اور اسہال ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ استواری موجود ہو، مگر زیادہ اکثر دیوارِ شکم ڈھیلی ہوتی ہے۔ سمّی علامات زیادہ نمایاں ہوتے ہیں، جن کے ساتھ تپش بلند درجہ پر اور ہذیان ہوتا ہے، اور شرح تنفس زیادہ ہوجاتی ہے، اور ممکن ہے کہ شفوی نملہ موجود ہو یا نبقی ریوی سرایت کا ظہور کسی دوسری جگہ، پھیپھڑوں، جوڑوں وغیرہ میں ہو۔ کچھ عرصہ کے بعد شکم کے ایک حصے میں پھوڑا بن جاتا ہے، اور یہ اس خاص خطے میں ایک ورم نمودار ہونے سے ظاہر ہوتا ہے۔

حاد محدود المقام التہاب باریطون میں عام علامات زیادہ تر مماثل ہوتے ہیں، لیکن مقامی حالات کم و بیش ماؤف حصے تک ہی محدود رہتے ہیں۔ اس کا عام ترین سبب التہابِ زائدہ کی حالت میں انثقاب کا وقوع

ہے، اور یہ پہلے بیان کیا گیا ہے۔
تشخیص۔ عموماً یہ مشکل نہیں ہوتی: شدید درد، الیمیت، قئے، استواری، اور دوران تنفس میں شکم کی حرکت ناپذیری، جس کے بعد تمدد کا ہونا، اور قبض، نبض صغیر و سریع، اور ہبوط، یہ سب اہم خصائص ہیں۔ لیکن قولنج کے شدید درد، مشتوق انور سما، ماساریقی علقیت (mesenteric thrombosis)، اور حاد نزفی التہاب بنقراس بھی التہاب باریطون کا اشتباہ پیدا کردیتے ہیں۔ خود التہاب باریطون کو غلطی سے معوی تسدد سمجھا جاسکتا ہے۔ اور ممکن ہے کہ تپ معویہ میں، اور دیوار ہائے شکم پر جراحی عملیات، مثلاً فتق شگافی (herniotomy) کے بعد التہاب باریطون شروع ہوجائے اور بغیر اس کے کہ اس کی موجودگی کا شبہ ہو ہلاکت واقع ہوجائے۔ قولنج (colic) اور ہسٹیریائی درد کو التہاب باریطون سے اس طرح تمیز کیا جاتا ہے کہ اول الذکر حالت یعنی قولنج میں شکم منقبض ہوتا ہے اور الیمیت نہیں ہوتی، بلکہ دبانے سے درد میں تخفیف معلوم ہوتی ہے، اور آخر الذکر حالت یعنی ہسٹیریائی درد میں محض ذرا ہی چھونے سے اور بلا دبائے انتہائی حساسیت موجود ہوتی ہے۔ بے محل حمل (ectopic gestation) کا انشقاق درد اور ہبوط پیدا کرتا ہے، اور ممکن ہے کہ اس کو غلطی سے معدی قرحے کا انثقاب سمجھ لیا جائے۔ اس میں قئے اور بے قاعدگی حیض کی روئداد مل سکتی ہے۔ کثرت نزف کے باعث ہونٹوں کا رنگ سپید ہوتا ہے، شکم کی الیمیت اور ورم ہوتا ہے، اور بعض اوقات آزاد سیال موجود ہوتا ہے، مگر حقیقی استواری نہیں ہوتی، اور حوضی اور مستقیمی امتحان سے ایک تناؤ دار ڈھیلا پایا جاتا ہے۔ لیوشہام شفاخانے (Lewisham Hospital) میں مثقوب ہضمی قرحے کی تشخیص کی تصدیق کا ایک مفید ذریعہ متعل ہے۔ انتصابی وضع میں ایک لاشعاعی فلم جس میں کہفہ باریطونی میں جگر اور دائیں ڈایافرام کے درمیان ایک صاف رقبہ ہو، آزاد گیس کی موجودگی ظاہر کرتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۳۲ الف)۔ بعض اوقات ذیابیطس کا مہلک قوما، انثقابی التہاب باریطون کا اشتباہ پیدا کردیتا ہے۔ یہ قوما کبھی کبھی دفعتہً شروع ہوجاتا ہے، اور اس میں شدید درد شکم کے ساتھ نبض صغیر اور خیطی ہوتی ہے۔ ذیابیطس کی جوع الہوا سے اور بول میں زیادہ ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ کی موجودگی اور شکمی استواری کی غیر موجودگی سے

تشخیص صاف ہو جانی چاہیئے۔

416 جہاں تک کہ التہاب باریطون کی تفریقی تشخیص کا تعلق ہے، ماسبق سرگذشت کے اندر سببِ مرض کی جستجو کرنی چاہیئے۔ جہاں شدید حاد التہاب باریطون ایسے شخص میں پیدا ہو جائے جو پہلے تندرست سمجھا گیا تھا، اعوری زائدہ کا تقرح، مثقوب معدی قرحہ، اور حوضی اعضا کے ضررات اُس کی پیدائش کے نہایت ممکن اسباب ہو سکتے ہیں۔ سنِ بلوغ کے پہلے اور قریب قریب، اعوری زائدہ کا تقرح دونوں صنفوں میں زیادہ ممکن ہے۔ حوضی ضررات تقریباً بلا استثنا عورتوں میں ہوتے ہیں، اور لڑکیوں میں ایک نظر انداز شدہ فرجی مہبلی التہاب (vulvo-vaginitis) کا بھی خیال کرنا چاہیئے جو نبقی سوزاکی التہاب باریطون پیدا کر دینے کا امکان رکھتا ہے۔ بالخصوص بچوں میں واقع ہونے والے اولی نبقی ریوی التہاب باریطون کے ممیّز خصائص پہلے ہی بیان ہو چکے ہیں۔

انذار ۔ عمومی التہاب باریطون ایک نہایت مہلک مرض ہے۔ اغلب نتیجہ کا اندازہ نبض کی نوعیت، قے کے جاری رہنے، ہبوط کی مقدار، اور التہاب کی امکانی وسعت پر سے کیا جا سکتا ہے۔ شدید اصابتوں کے متعلق صرف ہر روز کی حالت پر سے رائے قائم کی جا سکتی ہے۔ جب چند روز گذر جائیں تو زیادہ امید ہوتی ہے، لیکن اُن اصابتوں میں جو بظاہر درست ہو رہی ہیں ممکن ہے کہ پیپ کے اجتماعات ظاہر ہوں، اور مصرحہ بالا طریقہ سے خطرناک ثابت ہوں۔ نبقی ریوی اور نبقی سوزاکی شکلیں نسبتہً امید افزا ہوتی ہیں۔

علاج ۔ التہاب باریطون کی اصابتوں کی اکثریت میں، اور بالخصوص اُن اصابتوں میں جو ایک معدی، اثنا عشری، یا محرقی قرحے کے انثقاب، یا اعوری زائدہ کے اغثاث، یا ایسے ہی کسی دوسرے حادثہ کی وجہ سے ہوں، شفایابی کا امکان صرف اُسی وقت ہوتا ہے جب کہ اُن کا علاج بلا تاخیر متعدی کے ساتھ جراحی طریقوں سے کیا جائے۔ شکم کو کھول کر تسبیبی ضرر کا تدارک کرنا اور پیپ کے اجتماعات کی تسئیل کرنا چاہیئے۔ اُس التہاب باریطون میں جو تسمّم الدم کی وجہ سے شروع ہوا ہو، مثلاً نبقی ریوی التہاب باریطون میں تاوقتیکہ پھوڑا نہ بن جائے

جراحی عملیہ نہیں کرنا چاہیئے، کیونکہ عملیہ سے اوّلی مرکزِ مرض کا استیصال کرنا غیر ممکن ہوگا۔

اگر بالفرض عملیہ نہ کرنے کا فیصلہ کیا گیا ہے تو ایسی صورت میں پہلا اصولِ علاج یہ ہے کہ آنتوں کو قطعی آرام کی حالت میں رکھنا چاہیئے۔ اس غرض کیلئے مریض کو قدرتاً بستر میں لٹائے رکھنا لازم ہے۔ غذا مستقیمی حقنوں کے ذریعہ سے دینی چاہیئے، جن میں ۶ فی صدی ڈیکسٹروس ہو۔ اور مسہلات سے سختی کے ساتھ احتراز لازم ہے۔ مریض کی پیاس بجھانے کے لئے اُسے وقتاً فوقتاً برف کے چھوٹے ٹکڑے چوسائے جائیں، لیکن منہ کے راستہ سے کوئی غذا نہ دی جائے۔ افیون یا مارفیا (morphia) کا استعمال نہیں کرنا چاہیئے، کیونکہ ممکن ہے کہ اُن کے استعمال سے علامات کی ایسی زیادتی پوشیدہ ہو جائے کہ جس سے عملیہ کرنے کی ضرورت معلوم ہوتی ہے۔ السی کی گرم پولٹسوں، یا گرم پانی میں بھگا کر نچوڑے ہوئے فلالین کے ٹکڑوں کے لگانے سے جن پر تارپین یا مروخ لفاح (liniment of belladonna) چھڑک دیا گیا ہو، مقامی طور پر آرام حاصل کیا جا سکتا ہے۔ بعض اوقات برفانی رفادات، یا فلالین کی تہوں کے درمیان برف کے ٹکڑے استعمال کئے جاتے ہیں، لیکن اِن سے عموماً اُتنا آرام نہیں حاصل ہوتا جتنا کہ گرم لاسقات سے ہوتا ہے۔ مہیجات کی اکثر ضرورت ہوتی ہے، اور ان کے دینے کی بہترین شکل برانڈی ہے، جو تھوڑی تھوڑی مقداروں میں بار بار دی جائے۔ جب تمدد ہو تو ضد ویلش مصل (anti-Welch serum) کا اشراب کرنا چاہیئے (ملاحظہ ہو صفحہ 380)۔

زیر ڈایافرامی خراج (subphrenic abscess) باریطون میں یا ڈایافرام کے نیچے کی خلوی بافت میں واقع ہو سکتا ہے۔ اس کے واقع ہونے کے نہایت کثیر الوقوع مقامات کی جماعت بندی حسب ذیل کی گئی ہے:— (۱) دایاں اگلا دروں باریطونی خراج (right anterior intra-peritoneal abscess) جگر کے دائیں لختہ کے اوپر اور رباطِ منجلی الشکل (falciform ligament) کے دائیں طرف ہوتا ہے۔ پیپ اکثر جگر کے نیچے پیچھے کے طرف پھیل جاتی ہے۔

اِس کے عام ترین اسباب التہاب زائدہ دودیہ مثقوب اثنا عشری قرحات' اور کبدی خراجات ہیں۔ (۲) بایاں اگلا دروں باریطونی خراج (left anterior intra-peritoneal abscess)' جو خاص کر مثقوب معدی قرحے کی وجہ سے ہوتا ہے' جگر کے بائیں لخت کے اوپر اور طحال کے گرد واقع ہوتا ہے۔ (۳) دایاں خارج الباریطون خراج (right extra-peritoneal abscess) جگر کے اوپر اور پیچھے کی خلوی بافت میں واقع ہوتا ہے' اور جگر' دائیں خلف الباریطون بافتوں (retroperitoneal tissues)' اور صدر کے التہاب سے شروع ہوتا ہے۔ بائیں جانب کو زیر ڈایا فرامی خلوی بافت بہت کم ہوتی ہے' چنانچہ یہاں کا التہاب ایک قطنی خراج (lumbar abscess) پیدا کر دینے کا رجحان رکھتا ہے۔ تاحچہ باریطونی صغیر کا تقیح' جو مثقوب معدی قرحے سے پیدا ہو جاتا ہے' اس قدر عام نہیں جس قدر کہ دوسرے متذکرہ مقامات کا تقیح (91)۔ زیر ڈایا فرامی خراج (subphrenic abscess) کی سب سے پہلی علامت درد ہے۔ عموی اختلال کے اُن عمومی علامات کے علاوہ جو تقیح کی وجہ سے ہوتے ہیں' دوسرے اہم آمارات بھی ہوتے ہیں جن سے تعیینِ مقام میں مدد ملتی ہے' یعنے ایک شکمی ورم جو تنفس پر نیچے نہیں ہٹتا' جس جانب پھوڑا ہے اُس جانب پر صدری دیوار کا اُبھار' اور ساتھ ہی عمیق الیمیت۔ تناظر شش کے قاعدے پر اَصمیت کی موجودگی اور اصواتِ تنفس' صوتی گمک اور لمسی صوتی حفیف کی کمی پائی جاتی ہے۔ لاشعاعی امتحان سے ظاہر ہوتا ہے کہ تناظر ڈایا فرام اوپر اٹھا ہوا اور حرکت ناپذیر ہے۔ جب پھوڑے کے اندر ہوا موجود ہو' جیسا کہ اُس وقت ہو سکتا ہے جب کہ وہ کسی حشا کے انثقاب سے پیدا ہو گیا ہو' تو تطبلی سُر' قدری تنفس' فلزی جھنکار' اور جرسی آواز کے وقوع کے سبب سے ایک استرواح الصدر (pneumo-thorax) کی مثال بہت پیدا ہو سکتی ہے۔ استقصائی کچوکا عمل میں لانے کے لئے بہترین یہی ہے کہ وہ ایک معدم حس دوا کے زیر اثر کیا جائے' اور اگر نتیجہ مثبت ہو تو ایک کھلے عملیہ کے ذریعہ اُس کہفہ کی تسئیل عمل میں لائی جانی چاہئے۔

17

مزمن التہاب باریطون

(chronic peritonitis)

یہ حاد التہاب باریطون کے نتیجہ کے طور پر پیدا ہو سکتا ہے، بالخصوص اس کی مقامی شکلوں میں ۔ یہ اکثر مخصوص اعضا کے گرد مقامی خراش کا نتیجہ ہوتا ہے، مثلاً ممکن ہے کہ جگر یا طحال ایک دبیز کیسہ سے محصور ہو جائیں (گرد کبدی التہاب = perihepatitis، گرد طحالی التہاب = perisplenitis)۔ کہفہ شکم کے اندر تدرن اور سرطان کی بالیدگی مزمن التہاب باریطون کی وہ شکلیں پیدا کر دیتی ہیں جن کا تذکرہ ابھی کیا جائے گا۔ یہ مرض برائٹ میں بھی واقع ہو سکتا ہے۔

مزمن التہاب باریطون کی ایک دوسری شکل احشا کے درمیان انضمامات اور بند (adhesions and bands) ہیں، جو حاد التہاب یا مزمن التہاب سے پیدا ہو کر کبھی کبھی حاد معوی تسدد (acute intestinal obstruction) پیدا کر دیتے ہیں، جیسا کہ پہلے بیان ہو چکا ہے۔ معوی رکود (intestinal stasis) اور غذائی تسمم الدم (alimentary toxæmia) کے تعلق میں ان انضمامات کو بہت اہمیت دی گئی ہے۔ لیکن یہ بتلا دیا گیا ہے کہ یہ سوائے نہایت نو عمر افراد کے دیگر اشخاص کی اکثریت میں پائے جاتے ہیں، اور قولون کے قریب، بالخصوص قولون صاعد اور کبدی عوجہ کے قریب نہایت کثیر الوقوع ہیں، اور یہ کہ جنینی زندگی تک میں طحالی اور کبدی عوجات میں ایک انضمامی عمل پیدا ہو جاتا ہے، اور بعض اصابتوں میں یہ لفائفی کو حوضی حفرہ میں مثبت کر دیتا ہے۔ آنت کے مافیہا کے بہاؤ کو روکنے کا ان کا عمل بسمتھ یا بیریئم کی غذا کے بعد لاشعاعوں کے ذریعہ تحقیق کیا جا سکتا ہے۔

علامات ۔ جب سیال کم ہوتا ہے یا بالکل نہیں ہوتا تو آنتوں کے گچھا بن جانے کے مقام پر شکم میں بے قاعدہ مزاحمت موجود ہو سکتی ہے ۔ ورنہ علامات وہی ہوتے ہیں جو اوّلی مرض میں ہوتے ہیں ۔

تشخیص ۔ محض مزمن التہاب باریطون کی تشخیص کافی نہیں بلکہ اولی سبب کا دریافت کرنا ضروری ہے، اور انذار اور علاج کا انحصار اسی پر ہے (نیز

ملاحظہ ہو استسقاء شکمی)۔

تدرنی التہاب باریطون

(tuberculous peritonitis)

بحث اسباب۔ تدرنی التہاب باریطون ہر عمر میں ہوتا ہے، لیکن بچوں اور نوعمر بالغوں میں نہایت عام طور پر ہوا کرتا ہے۔ وہ نہایت عام طور پر جسم کے دوسرے حصوں کے تدرن کے ساتھ وابستہ ہوتا ہے۔ اسی واسطے وہ اکثر سل ریوی (pulmonary phthisis)، آنت کے تدرنی تقرح، جُبنی ماساریقی غدد، اور حوضی اعضاء (مثلاً قلوبی اُنبوبات یا خصیتین اور منوی حُویصلات) کے امراض کے بعد ثانوی طور پر ہوتا ہے۔ ممکن ہے وہ حاد عمومی تدرن کا ایک جزو ہو۔ اس میں شک نہیں کہ بعض اوقات عُصیّات درنیہ معوی دیوار میں سے اس وقت بھی گزر سکتے ہیں جب کہ اس میں کوئی ضرر نہ ہو۔

امراضیات۔ تدرنی التہاب باریطون کے چار اقسام ہوتے ہیں:-

(۱) استسقائی شکمی قسم (ascitic type)۔ اس میں باریطون کی سطح چھوٹے چھوٹے، سپیدی مائل ذرات سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، جن کا قطر ۲ تا ۵ ملی میٹر ہوتا ہے، اور جو سطح سے کسی قدر اُبھرے ہوئے اور پاس پاس مجتمع ہوتے ہیں۔ یہ دَرنے ڈایافرام کی تحتانی سطح پر اور کوکھوں میں نہایت کثرت کے ساتھ ہوتے ہیں۔ مصلی سیال کا عبرارتشاح واقع ہوتا ہے، جو ممکن ہے کہ مقدار میں کئی پائنٹ ہو، اور شکم کی کلانی اُتنی ہی زیادہ ہو جتنی کہ وہ کہبت (cirrhosis) کے یا مرض قلب کے استسقاء شکمی میں ہوتی ہے۔ زیادہ شاذ اصابتوں میں یہ مایع مصلی قیحی یا قیحی ہوتا ہے۔ (۲) انضمامی (adhesive)، فائبرینی (fibrinous) یا تکوینی (plastic) قسم۔ اس میں سیال کا عبرارتشاح مقدار میں نسبتہً بہت کم ہوتا ہے، اور آنت کے لچھوں کے درمیان فائبرین وسیع طور پر جم جاتی ہے۔ تعضیہ واقع ہوتا ہے، چنانچہ لچھے باہم چپاں ہو جاتے ہیں اور باریطونی کہفہ مطموس ہو جاتا ہے۔ نسبتہً بعد کے درجوں میں سخت لیفی بافت بن جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ درنے بالکل ظاہر یا واضح نہ ہوں۔ (۳) جُبنی قسم

(caseous type) میں درنے بڑے ہوکر اور کہیں کہیں متحد ہوکر زرد جبنی ڈھیلے بنا دیتے ہیں۔ یہ اکثر شرب کبیر میں واقع ہوتا ہے، جو سکڑ کر شکم میں عرضاً ایک کلمہ نما تودہ بنا دیتا ہے۔ اس قسم میں آنت کا وسیع تقرح واقع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ منضم آنتیں ان قرحوں کے قاعدوں میں سے ایک دوسری کے اندر کھل جائیں، اور اس طرح قنال غذائی کے قدرتی ممر کا پتہ چلانا ناممکن ہوجائے۔ ممکن ہے کہ انثقاب واقع ہوکر حاد عمومی التہاب باریطون پیدا کردے، یا کہفۂ باریطونی کے مختلف حصوں میں پیپ کے اجتماعات ہوجائیں، جو ایک دوسرے سے بے تعلق ہوں۔ ماساریقی غدد اکثر جبنی ہوتے ہیں، اور جب یہ بڑے اور جس پذیر ڈھیلے بنا دیتے ہیں، تو اس قسم کو اکثر (۴) ھزال ماساریقا (tabes mesenterica) کہتے ہیں۔ یہ اصطلاح ماساریقی غدد کا اوّلی تدرن ظاہر کرنے کے لیے استعمال کی جاتی ہے، جس میں باریطون ثانوی طور پر ماؤف ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ غدد متقیح ہوکر باہر یا کہفۂ باریطونی کے اندر پھوٹ پڑیں۔ یہ یاد رکھنا چاہیے کہ یہ اصابتیں ان اقسام کے ساتھ پورے طور پر مطابقت نہیں کرتیں۔ ممکن ہے کہ ان سب اقسام کے آمیزے موجود ہوں، اور ممرِ مرض کے دوران میں ایک قسم بدل کر دوسری قسم بن جائے۔

علامات۔ علامات بعض اوقات حاد ہوتے ہیں، اور اصابت ہر لحاظ سے ویسی ہوتی ہے جیسا کہ دوسری سرایتوں سے پیدا ہوجانے والا حاد التہاب باریطون۔ زیادہ اکثر علامات غیر محسوس طور پر پیدا ہوجاتے ہیں، اور شکم میں درد یا تکلیف پر مشتمل ہوتے ہیں۔ مریض کمزور اور دُبلا ہوجاتا ہے۔ بے قاعدہ تپ ہوتی ہے۔ بھوک کم ہوجاتی ہے، اور پاخانے بے قاعدگی کے ساتھ لیکن اکثر غیر بستہ اور غیر منہضم ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ استسقائے شکمی کی وجہ سے شکم بڑا ہو۔ انضمامی قسم میں شکم متورم بھی ہوتا ہے اور جس کرنے سے اس کے بعض حصوں میں زیادہ مزاحمت معلوم ہوتی ہے، یا گندھے ہوئے آٹے جیسا احساس ہوتا ہے۔ جبنی قسم میں اور ہزال ماساریقا میں سخت گول گول تودے ہوتے ہیں، جن کے خاکے کم و بیش واضح ہوتے ہیں۔ ایسے سلعہ نما تودے اکثر شکم کے زیریں نصف میں واقع ہوتے ہیں، اور یہ شاید ایک جانب پر اس سے زیادہ اوپر تک پہنچتے ہیں کہ جتنا دوسری

41

جانب پر یہ سطح پر ناہموار یا گرہکی ہوتے ہیں۔ بعض اوقات تدرنی درریزش کے منقلب تودے بندوں کی طرح شکم پر عرضاً دوڑتے ہوئے محسوس ہوتے ہیں۔ اس طرح ثرب جو دبیز ہوجاتا ہے اکثر شکم کے بالائی حصے میں ایک متعرض بند بنا دیتا ہے، اور مطموس مُریطا، (urachus) کے گرد کی بافت، ناف کے نیچے ایک انقباضی بند بنا دیتی ہے۔ کبھی کبھی لیفی بافت کی زیادتی اور اس سے پیدا ہو جانے والے انقباض کے باعث شکم بارکشیدہ ہوتا ہے۔ لمفائی غدد کا تدرن جس کے ساتھ عروق لمفائیہ کا تسدد ہو، شکم برازی پیدا کر دیتا ہے۔

تشخیص۔ متمدد شکم، جس کے ساتھ لاغری کی وجہ سے سینہ میں پسلیوں کا حد سے زائد یا غیر معمولی اُبھار اور بین الاضلاع فضاؤں کا اندر دھنس جانا ظاہر ہو، ترقی یافتہ تدرنی التہاب باریطون کا ممیز خاصہ ہے۔ ممکن ہے کہ شکم کی سطح پر واضح وریدیں نظر آئیں، اور کسی قدر الیمیت بھی ہوتی ہے۔ آعور کا تدرن اور التہاب باریطون ایک دیرینہ زائدی خراج سے، یا شکمی مرض ہاجکن (abdominal Hodgkin's disease) کی اصابت سے مشابہ ہو سکتا ہے۔ حاد قسمیں حمیات معویہ میں سے کسی ایک تپ سے مشابہ ہو سکتی ہیں۔

بچوں میں تین حالتیں ہیں، جن کے ممیز خصائص دُبلے ہاتھ پاؤں اور بڑھا ہوا شکم ہیں، اور جو سِل معوی ("consumption of the bowels") کے نام سے یاد کی جا سکتی ہیں۔ یہ تدرنی التہاب باریطون اور شکمی لمفائی غدد کا تدرن، شکمی مرض (cœliac disease)، اور سادہ سوءِ ہضم مع اسہال ہیں۔ ان میں سے آخری مرض سب سے زیادہ عام ہے۔ مشتبہ اصابتوں میں لاشعاعوں سے مدد حاصل ہو سکتی ہے۔ تدرنی التہاب باریطون میں انضمامات کی وجہ سے غیر شفاف غذا چھوٹی آنت میں بے قاعدہ نقطوں پر چھوٹے چھوٹے اجتماعات پیدا کر سکتی ہے، درآنحالیکہ طبعی حالت میں وہ بلا کسی مزاحمت کے لفائفی کے اختتام میں سے ہو کر گذر جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ در ریختہ ثرب غلطی سے بڑھے ہوئے جگر کا زیریں حصہ سمجھ لیا جائے، لیکن اس کے اوپر معدے کی گمک اس غلط فہمی میں مبتلا نہ ہونے دے گی۔ بعض اوقات جسم کے دوسرے حصوں میں تدرن کی موجودگی کے باعث

تشخیص کی تصدیق ہوسکتی ہے، لیکن ایسا ہمیشہ نہیں ہوتا۔ بچوں یا نوعمروں میں سادہ استسقاءِ شکمی، جس کی توجیہہ دوسرے طور پر نہ ہوسکے، تدرنی ہوسکتا ہے، لیکن اُسے کبدی کہبت (hepatic cirrhosis) کے استسقاءِ شکمی سے تمیز کرنا اکثر مشکل ہوتا ہے، جو بعض اوقات درحقیقت اُس کے ساتھ ساتھ موجود ہوتی ہے۔ اور اکثر وہ غلطی سے بیضی دُوبیرہ (ovarian cyst) سمجھ لیا گیا ہے، یہاں تک کہ جراحی عملیہ سے اسکی تغلیط ہوئی۔ بزل کے ذریعہ نکالے ہوئے مایع کا امتحان ایک گینی پگ کے اندر تطعیم کرکے کیا جاسکتا ہے، یا ٹیوبرکیولین استعمال کی جاسکتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 170)۔

انذار۔ یہ دوسرے بہت سے تدرنی ضررات کے انذار کے نسبت زیادہ امید افزا ہوتا ہے، اور بہت سے مریض جن کا علاج جلد شروع کیا گیا بہ ظاہر بالکل شفایاب ہوگئے ہیں۔ نہ صرف یہ کہ مایع جذب ہوگیا ہے، بلکہ بعض اصابتوں میں تصلّب، دَرریزش، یا انضمامی گچھوں کے بڑے بڑے تودے بالکل غائب ہوگئے ہیں۔ 419

علاج۔ بستر میں آرام لینا اہم ہے، اور اُس کے ساتھ تازہ ہوا بھی شامل کردینا چاہیئے، جیسا کہ سلِ ریوی کے صحت گاہی علاج میں بیان کیا گیا ہے۔ آفتاب کی روشنی میں جسم کا تکشف (علاجِ شمسی = heliotherapy) نہ صرف تدرنی التہاب باریطون کی، بلکہ لمفائی غدد، ہڈیوں اور مفاصل کے تدرن کی غیر حموی اصابتوں کے علاج کا ایک مفید طریقہ ہے۔ پاؤں سے شروع کرکے اوپر کی طرف جاتے ہوئے منکشفہ جسمانی سطح کی وسعت روز بہ روز بڑھائی جاتی ہے، یہاں تک کہ بالآخر سارے جسم کا تکشف روزانہ دو یا تین گھنٹوں کے لئے ہو جائے۔ سر کو ڈھکا ہوا رکھا جاتا ہے۔ احمق اور ایسے اشخاص جو صبغہ پیدا کرکے جوابی عمل ظاہر کرنے کی محدود طاقت رکھتے ہیں، علاجِ شمسی کے لئے موزوں نہیں ہوتے (89)۔ داخلی طور پر کاڈلیور آئیل (cod-liver oil) کا استعمال کیا جاسکتا ہے، اور غذا زود ہضم ہونی چاہیئے۔ شکم پر پارے کا مرہم (mercurial ointment) لگانا ایک پرانا طریقۂ علاج ہے۔ سیال کی زیادتی بزل کے ذریعہ نکالی جاسکتی ہے۔ لیکن شکم شگافی اس سے بھی بہتر طریقہ ہے، کیونکہ اِس سے سیال کے محدود المقام اجتماعات

خالی کیئے جاسکتے ہیں۔ شحم برازی کا علاج غذا کی چربی کم کرنے سے کرنا چاہیئے۔

باریطونی انصبابات اور مافیہا

(peritoneal effusions and contents)

کہفۂ باریطونی کے اندر مائع انصبابات حسب ذیل ہوتے ہیں:۔ (۱) وہ مصلی، مصلی فائبرینی اور ریمی مائعات جو التہاب، یا باریطونی التہاب سے پیدا ہوجاتے ہیں خبیث التہاب اغشیہ مصلیہ (polyorrhomenitis)، یا عمومی التہاب اغشیہ مصلیہ (polyserositis)، یا کونکاٹو (Concato) کا مرض کے نام اُس حالت کو دیئے گئے ہیں، جن میں چار بڑی مصلی اغشیہ یعنے تامور، پلیورا اور باریطون میں سے دو یا زائد اغشیہ میں بہ یک وقت التہابات پیدا ہوجائیں۔ یہ تلازم تدرنی، نبقی سبحی اور نبقی ریوی سرایت، اور حاد ریئیت (acute rheumatism) میں واقع ہوسکتا ہے۔ اس کو پک (Pick) کے مرض سے تمیز کرنا ضروری ہے (ملاحظہ ہو)۔ (۲) وہ مایعات جن کا انصباب مختلف الاقسام کبدی، قلبی یا کلوی استسقا میں ہوتا ہے، اور وہ کیلوسی یا کیلوسئی الشکل مایعات جو بعض اوقات موجود ہوتے ہیں۔ (۳) وہ مایعات جو عروق یا دوسری متصلہ ساختوں کے انشقاق سے حاصل ہوجاتے ہیں۔ اِس طرح ممکن ہے کہ (ا) کہفۂ باریطونی کے اندر خون پایا جائے جو ضرب کسی انورسما کے انشقاق، نزفی التہاب باریطون، ماساریقی غدد کی بیدادیت یا علقیت، سرطانی بالیدوں میں عروق کے انشقاق، خارج الرحم حمل اور دوسری حالتوں میں پیدا ہوجاتا ہے۔ (ب) ممکن ہے کہ جگر کے کیسیتی دُودیرے کے انشقاق کے دوران میں، اور شاید مرارے کے انشقاق سے صفرا باریطون کے اندر پہنچ جائے۔ (ج) ممکن ہے کہ کوئی سادہ یا متقیح کیسیتی دُودیرہ مشقوق ہوکر اپنے مافیہا کو باریطون کے اندر خارج کردے۔ (د) ممکن ہے کہ پھوڑوں میں سے پیپ اور (ھ) کھوکھلے شکلی احشاء میں سے کسی کے مافیہا ضرب یا مرض کی وجہ سے کہفۂ باریطونی کے اندر چلے جائیں، مثلاً معدے، آنتوں یا مثانہ وغیرہ کے مافیہا۔

باریطون میں نو بالیدیں

باریطون میں ایک عام ترین بالید سرطان ہے، جو احشاء، بالخصوص معدہ اور مبیض کے مرض کے بعد ثانوی طور پر پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ بیشتر زیادہ عمر میں ہوا کرتا ہے اور چپٹے مستدیر مطروحات کی شکل میں ہوتا ہے، جو سطحِ شکم کو ڈھانک لیتے ہیں، اور درنہ کی طرح یہ بھی ڈایافرام پر اور کوکھوں میں نہایت کثرت کے ساتھ ہوتا ہے۔ اسی طرح ثرب بھی دبیز اور دررسیختہ ہو سکتا ہے، اور ممکن ہے کہ بالآخر سرطانی گرہیں سارے شکم پر ہو جائیں۔ چند اصابتوں میں کولائڈی سرطان (colloid carcinoma) ہو سکتا ہے۔ عموماً وافر مایع انصباب موجود ہوتا ہے (سرطانی التہاب باریطون = carcinomatous peritonitis) اور اکثر اوقات اس کے ساتھ خون آمیز ہوتا ہے، جس سے انصباب کا رنگ بھورا، بھورا سرخ، بلکہ سرخ ہو جاتا ہے۔ کبھی کبھی سرطان کی گرہیں ناف کے گرد کی جلد میں محسوس ہوتی ہیں، اور بُن ران کے غدد اسی بالید سے دررسیختہ ہو سکتے ہیں۔ کولائڈی سرطان کو نام نہاد کاذب مخاطی سلعہ باریطونی (pseudo-myxoma peritonei) سے تمیز کرنا چاہیئے۔ جب کوئی عضو مثلاً زائدۂ دودیہ، جو نازلتی التہاب سے ماؤف ہو، پھٹ جاتا ہے تو ممکن ہے کہ باریطون میں کے سوراخ میں سے مخاط باہر نکل کر بڑے بڑے تودے بنادے، جنھیں اِس نام سے یاد کیا جاتا ہے۔

420 مرضِ خبیث کی ایک دوسری شکل لحمی سلعہ ہے۔ یہ خلف الباریطونی، بانتوں، ثرب، ماساریقا، یا رباطِ مستعرض میں ہوتا ہے۔ خلف الباریطونی مخاطی لحمی سلعہ (retroperitoneal myxo-sarcoma) نہایت بڑی رسولیاں بنا سکتا ہے۔

علامات۔ پہلے بیان کیئے ہوئے مزمن التہاب باریطون کے علامات کے علاوہ ان کا انحصار اولی بالید کے محلِ وقوع پر ہوتا ہے۔

انذار۔ قطعاً غیر امید افزا ہوتا ہے، اور علاج کا منشا یہی ہونا چاہیئے کہ علامات میں تخفیف ہو، اور جب سیال بہت زیادہ ہو تو اُسے عارضی طور پر نکال دیا جائے یا تشخیص و معائنہ کیلئے جراحی عملیہ کیا جائے۔ ممکن ہے کہ عمیق لاشعاعی علاج کا لحمی سلعہ پر مفید اثر پڑے۔

حوالہ جات

REFERENCES

1	A Rendle Short	1925 *Brit Med Journ,* ii., p. 254
2	A Bulleid	1931 *Guy's Hosp Rep,* 81, p 116
3	C B Henry	1930 Lancet, ii, p 35
4	H Lloyd Williams	1925 *British Dental Journ,* Dec 9th, p 60
5	R D Paterson, A Brown Kelly	*Journ, Laryng,* pp 285 289
6	P. P Vinson	1922 *Minnesota Medicine,* p 107
7	W W Payne and E P Poulton	1923 *Quart Journ Med,* 65, p 53
8	G W Rake	1926 *Guy's Hosp Rep,* 76, p 145
9	G W Rake	1927 *Guy's Hosp Rep,* 77, p 141
10	G L Scott	1922 *Lancet,* ii, p 988
11	A E Barclay	1922 *Lancet,* ii, p 261
12	J M H Campbell and	1924 *Guy's Hosp Rep,* 74,
13	Bolton and Goodhart	p 354
	J J Conybeare	1922 *Lancet,* i, p 420
14	Baird, Campbell and Hern	1924 *Guy's Hosp Rep,* 74, p 23
15	H D Rolleston	1896 *Trans Path Soc,* 47, p 37
16	A F Hurst	1914 *Quart Journ Med,* 8, p 300
17	T L Hardy	1929 *Lancet,* i, p 711
18	H Maclean and W Griffiths	1928 *Journ Physiol,* 65, p 63
19	Morell Roberts	1930-31 *Quart Journ Med,* 24, p 133
20	Campbell, Mitchell, Powell	1928 *Guy's Hosp Rep,* 78, p 279
21	A F Hurst (Goulstonian Lectures)	1911 *The Sensibility of the Alimentary Canal Orf Med Publications*

No.	Author	Year	Reference
22	W W Payne & E P Poulton ..	1927	*Journ Physiol*, 63, p 217
	E P Poulton	1928	*Lancet*, ii, pp 1223,1277
23	W W Payne and E P Poulton	1928	*Journ Physiol* 65, p 157
24	Meunier (L'etat dys peptique)	1924	Masson et Cie, Paris
25	Sir B Bruce-Porter	1924	*Lancet*, ii, p 495
26	P C Conran	1922	*Quart Journ Med*, 15, p 144
27	D P D Wilkie	1928	*Brit Med Journ*, i, p 481
28	D P D Wilkie	1922	*Brit Med Journ*, ii, p 1219
29	D P D Wilkie	1933	*Brit Med Journ*, i, p 771
30	D C M Ettles	1927	*Guy's Hosp Rep*, 77, p 216
31	K Faber	1927	*Lancet*, ii, p. 901
32	J Sherren	1924	*Lancet*, i, p 477
33	K Faber	1922	*Lancet*, i, p 65
34	A E Barclay	1929	*Lancet*, ii, p 1272
35	A E Barclay	1929	*Lancet*, ii, p 1322
36	A Bruce Maclean	1932	*Brit Med Journ*, ii, p 1055
37	M J Stewart	1923	*Brit Med Journ*, Nov 24th and Dec 1st
38	J W McNee	1922	*Quart Journ Med*, 15, p 215
39	T G Bonar	1924	*Lancet*, ii, p 261
40	A F Hurst, R. P Rowlands, etc	1926	*Guy's Hosp Rep*, 76, p 156
41	E C Rosenow	1923	*Journ Infect Dis*, 32, p 384
42	A F Hurst	1923	*Brit Med Journ*, i, p 1074
43	J J Conybeare	1922	*Guy's Hosp Rep*, 72, p 174
44	Sir B Moynihan	1923	*Lancet*, i, p 631
45	E I Spriggs and O A Marxer	1922	*Lancet*, i, p. 725.
46	J Morley ..	1923	*Lancet*, ii., p. 823.

47	G F Still	1923	*Brit Med Journ*, i, p 579
	F N Reynolds	1921	*Lancet*, ii, p 891
48	H Tyrrell Gray and		
49	T I Bennett	1923	*Lancet*, ii, p 275
50	A F Hurst and A Newton	1913	*Journ Physiol*, 47, p 57
51	T I Bennett, D Hunter & J M Vaughan	1932	*Quart Journ Med*, 1, p 603
52	Discussion on Summer Diarrhœa	1923	*Brit Med Journ*, ii, p 857
53	G Leighton (The Loch Maree Tragedy)	1923	W Collins, Sons & Co
54	W M Scott	1930	*Brit Med Journ*, ii, p 56
55	R E Smith	1931	*Lancet*, ii, p 925
56	T K Monro and W W N Knox	1923	*Brit Med Journ*, i, p 279
57	N L Lloyd	1925	*Guy's Hosp Rep*, 75, p 410
58	Z Cope	1924	*Lancet*, i, p 121
59	E I Spriggs and O A Marxer	1927	*Lancet*, i, p 1067
60	H Hartmann	1922	*Lancet*, i, p 307
61	R L Haden and T C Orr	1923	*Journ Exp Med*, 37, p 365
62	B W Williams	1927	*Lancet*, i, p 907
63	R St L Brockman	1927	*Lancet*, ii, p 317
64	A F Hurst (Essays, etc)	1924	Heinemann, p 123, etc
65	J W McNee	1932	*Brit Med Journ*, i, pp 1017, 1071
66	P H Whitaker, T B Davie, and F Murgatroid	1933	*Quart Journ Med*, 2, p 49
67	Mann	1927	*Medicine*, 6, p 419
68	A R Rich	1930	*Bull, Johns Hopkins Hosp*, 47, p 338
69	D R Drury and P D McMaster	1929	*Journ Exp Med*, 50, p 569
70	J C Spence and P C Brett	1921	*Lancet*, ii, p 1362

71 Y Akerran . 1934 *Experimental Changes in Liver Function, Upsala*
72 D T. Davies 1927 *Lancet,* i, p 380
73 J W McNee 1922 *Brit Med Journ ,* i, pp 716, 783
74 M. Brule (Recherches sur les Icteres) 1924 Masson et Cie , Paris
75 W Morrell Roberts 1933 *Brit Med Journ ,* i, p 734
76 C Newman (Goulstonian Lectures) 1933 *Lancet,* i, pp 785, 842, 896
77 G A Collinson and F S Fowweather 1926 *Brit Med Journ ,* i, p 108
78 Sir H Rolleston (Discussion on Degenerative Diseases of Liver) 1922 *Brit Med Journ ,* ii, p 1055
79 C H Best 1934 *Lancet,* i, p 1274.
80 Review on Syphilis 1923 *Med Sci ,* 8, p. 182
81 P Rous, P D McMaster and G O Broun 1923 *Lancet,* i, p 449
82 D P. D Wilkie 1933 *Brit Med Journ.,* ii., p 767
83 T C Hunt 1933 *Lancet,* ii, p. 279.
84 B. B V Lyon 1920 *Amer Journ Med Sci ,* 160, p 515
85 A Leitch 1924 *Brit Med Journ ,* ii, p 451
86 J Mellanby 1926 *Lancet,* ii, p 215.
87 R Coope (Pancreatic Disease) 1927 London
88 J F Brailsford 1926 *Proc Roy Soc Med (Elect Therp Sect)* p 41
89 A Rollier 1922 *Brit Med Journ ,* ii, p 741.
90 A C Hampson 1919 *Lancet,* i, p 429.
91 H L Barnard 1910 *Contrib to Abdominal Surgery,* p. 335
92 A F Sladden 1922 *Lancet,* ii, p 68.
93 H C Edwards 1935 *Lancet,* ii, p. 1161.

خون، طحال اور لمفائی نظام کے امراض

امتحانِ خون

عرصۂ ترویب۔ یہ تخمینیں دموی تپش پر عمل میں لائی جاتی ہیں۔ گبس کا سریری موی ترویب پیما (Gibb's clinical blood coagulometer) وہ آلہ ہے جس کی سفارش کی گئی ہے (۱) خون کے ایک قطرے کو ایک پلاطینم کے تار کے حلقہ کے گرد حرکت کرائی جاتی ہے اور جب ترویب واقع ہو جاتی ہے تو اس کی حرکت موقوف ہو جاتی ہے۔ جھن سے حاصل کئے ہوئے خون کے پہلے قطرے کا عرصۂ ترویب تقریباً ۱۰۰ تا ۱۰۰ ثانیہ تک مختلف ہوتا ہے (اوسط ۸۰ ثانیہ)۔ بعد کے قطروں کی ترویب کا وقت نسبتاً کم (۲۵ تا ۵۵ ثانیے) ہوتا ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ ابتداءً بافتوں کے کوفتہ ہونے سے تھرامبوکائنیس (thrombokinase) رہا ہوتا ہے لیکن بعد میں زخمی عروق میں لوحیے ملتزق ہو کر زائد پر و تھرامبین (prothrombin) پیدا کر دیتے ہیں (2)۔ یہ عاملات ایسے ہیں جن سے ترویب کی سرعت زیادہ ہو جاتی ہے۔

خون اور قارورے کے بعض طبعی اجزائے ترکیبی کی اوسط قدریں:۔

	سالم خون (بحالت فاقہ کشی)	پیشاب (معمولی غذا دینے پر)	
	ملی گرام فی ۱۰۰ سی سی	ملی گرام فی ۱۰۰ سی سی	گرام ہر ۲۴ گھنٹہ میں
امینو ایسڈ نائٹروجن	۶ تک	۶	۰.۲-۰.۰
کلورین	۲۷۰ — ۳۰۰	۶۰۰	۱۰ تک
کولسٹرال	۱۲۰ — ۲۰۰		
ڈکسٹروس	۸۰ — ۱۰۰		
غیر پروٹینی نائٹروجن	۳		
یورک ایسڈ	۴ تک	۵۰	۱

	سالم خون (بحالت فاقہ کشی)	پیشاب (معمولی غذا دینے پر)	
	ملی گرام فی ۱۰۰ سی سی	ملی گرام فی ۱۰۰ سی سی	گرام ہر ۲۴ گھنٹے میں
یوریا	۱۹ — ۳۲	۲۰۰۰	۲ — ۳۰
	پلازما		
کلورین	۳۵۲ — ۳۸۳	۶۰۰	۱۰ تک
البیومن	۴۴۰		
گلابیولس اور فائبرینوجن	۲۶۳۰		
البیومن گلابیولن نسبت	۱٫۶۷ تا ۱		
فائبرینوجن	۰٫۲ — ۰٫۴		
غیر نامیاتی فاسفورس	۳	۹۰	۰٫۹
	مصل		
کیلسیم	۹٫۶	۱۵ - ۱۷	۰٫۳
میگنیشیم	۳٫۲	۶	۰٫۱۶
پوٹاشیم	۱۹٫۵	۲۰۰ - ۲۵۰	۴ تک
سوڈیم	۳۳۵	۳۰۰	۵ تک
قلوی محفوظہ	۵۳ - ۷۵ سی سی CO_2		
متاکسد گندھک			
غیر نامیاتی	۰٫۵ — ۱٫۱	۱۸۰	۲٫۳
ایتھری	۰٫۱ — ۱	۱۵	۰٫۲
غیر متاکسد گندھک	۱٫۷ — ۳٫۵	۱۵	۰٫۲

حاشیہ:—
خون میں امونیا بالکل نہیں ہوتی۔ پیشاب میں امونیائی نائٹروجن غالباً امینو ایسڈ نائٹروجن سے بالعموم اکگنا ہوتا ہے۔

423

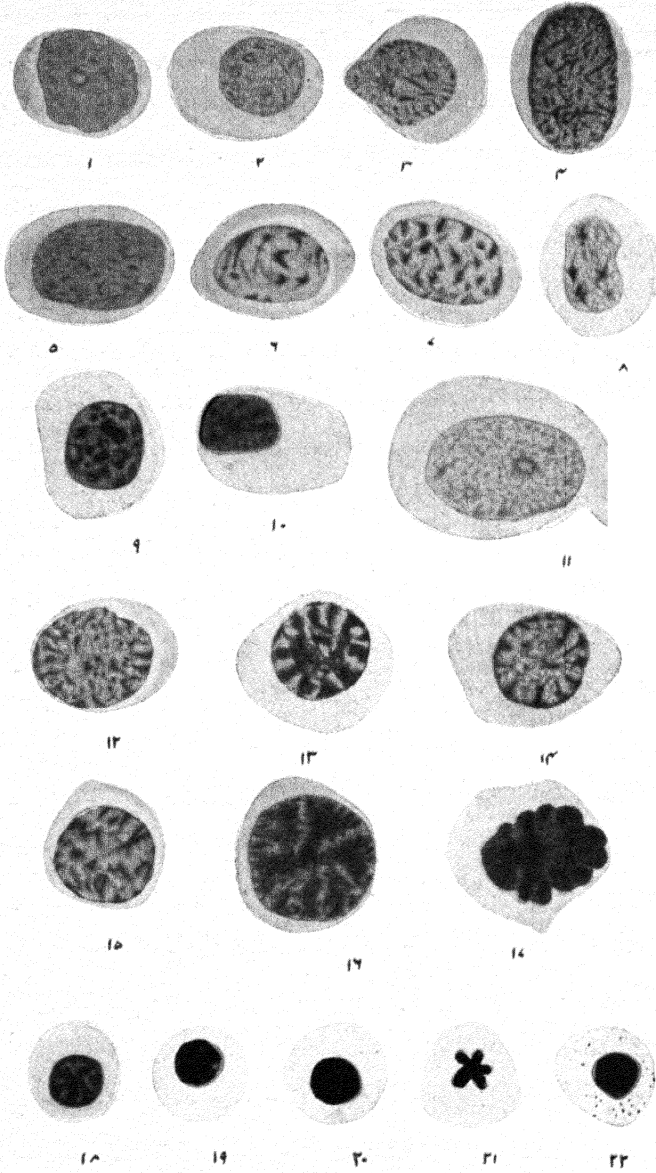
عرصۂ ادماء (bleeding time)- ایک چبھن کا خون ایک جاذب کاغذ سے بلا دبائے ہر ½ یا ایک منٹ پر خشک کر لیا جاتا ہے۔ طبعی حالت میں ادماء ایک تا ۲½ منٹ میں موقوف ہو جاتا ہے۔ لیکن مرض میں ممکن ہے کہ وہ تیس منٹ بلکہ کئی گھنٹوں تک اطالت پذیر ہو جائے۔

شرح تثفّل (sedimentation rate)- ایک شیشہ کی نلی میں جس کا قطر یہ کم از کم ۲ ملی میٹر ہو، آگزیلیٹیڈ یا سائٹریٹیڈ خون (oxalated or citrated blood) کھینچ کر ۱۰ سنٹی میٹر بلند عمود بنا لیا جاتا ہے۔ طبعی شرح کہ جس سے جسیمات تہ نشین ہو جاتے ہیں، ایسی ہوتی ہے کہ نلی کی چوٹی پر پلازما کا ایک صاف عمود باقی رہ جاتا ہے، جس کی ناپ ۱۵ منٹ میں ۰.۴ سنٹی میٹر تک، ۳۰ منٹ میں ۰.۱ سنٹی میٹر اور ۶۰ منٹ میں ۲.۵ سنٹی میٹر ہوتی ہے۔ یہ تخمینیں ایک محضن میں ۳۷ درجہ سینٹی گریڈ پر بہترین طور پر عمل میں لائی جاتی ہیں۔ ایک سریع شرح تثفّل سرایت (مثلاً مرکزی عفونت) ظاہر کرتی ہے۔ لیکن عدم دمویت اور التہاب گردہ کو خارج از بحث کر لینا چاہیئے۔

جسیمات کی شکنائی (fragility of corpuscles)۔ بعض امراض میں سرخ جسیمات کی شکنائی معمول کے نسبت زیادہ پائی گئی ہے، بہ الفاظ دیگر مُرَقّق سیالات سے دم پاشیدگی ہو جانے میں جسیمات یا گلوبیجے نسبتہً کم مزاحمت ظاہر کرتے ہیں۔ اس کی تعیین کے لیئے چند مکعب سنٹی میٹر خون کو آگزیلیٹ آف پوٹاسیئم کے ہم تنفسی محلول (پوٹاسیئم آگزیلیٹ ۲۸ء۰ گرام، سوڈیئم کلورائڈ ۸ء۰ گرام، آب کشیدہ ۱۰۰ گرام) کے ساتھ ملا کر اس آمیزے کا امخاض کیا جاتا ہے اور پلازما کو نتھار لیا جاتا ہے، اور جسیمات کو سوڈیئم کلورائڈ کے ۰.۹ فی صدی محلول میں دھو کر پھر ان کا امتحان سوڈیئم کلورائڈ کے مختلف قوتوں کے محلولات کے ساتھ کیا جاتا ہے۔ دُھلے ہوئے طبعی سرخ جسیمات ۰.۴۵ فی صدی سوڈیئم کلورائڈ میں خفیف دم پاشیدگی، اور ۰.۳۵ فی صدی محلول میں کامل دم پاشیدگی ظاہر کرتے ہیں۔ اگر دم پاشیدگی زیادہ قوی محلولات کے ساتھ واقع ہو تو اس سے غیر معمولی طور پر بلند شکنائی ظاہر ہوتی ہے، جیسا کہ بے صفراوی یرقان میں ہوتا ہے۔

جسیمات شماری یا دموی شمار۔ یہ تھوما زیس (Thoma-Zeiss) یا برکر زیس (Burker-Zeiss) کے دموی خلیہ پیما (hæmocytometer) سے عمل میں لایا جاتا ہے۔

اول الذکر ایک شیشہ کا شریحہ ہوتا ہے، جس میں ایک "خانہ" بنا ہوا ہوتا ہے جس کی گہرائی $\frac{1}{10}$ ملی میٹر ہوتی ہے اور جو اپنی تہ میں لکیروں کے ایسے مربعات رکھتا ہے جن کے اضلاع کی ناپ $\frac{1}{20}$ ملی میٹر ہوتی ہے۔ پھر یہ مربعات لکیروں کے ذریعہ گھر کر ۱۶، ۱۶ چھوٹے مربعات کے گروہوں میں گروہ بند ہوتے ہیں۔ ایک مخصوص طرز کے بنے ہوئے نالچہ میں خون کی ترقیق، ۱۰۰ حصہ میں ایک حصہ کی حد تک، ایک مالح محلول (سوڈیم فاسفیٹ یا کلورائڈ) سے کرلی جاتی ہے، جو جسیمات کو مضرت نہیں پہنچاتا۔ اور پھر اس کا ایک قطرہ شریحہ پر کے "خانے" کے اندر رکھ کر اس پر ایک پتلا شیشہ، محافظ رکھ دیا جاتا ہے۔ جسیمات مربعوں کے اندر تہ نشیں ہو جاتے ہیں، جن میں سے ہر مربع $\frac{1}{4000}$ مکعب ملی میٹر کے برابر ہوتا ہے۔ سولہ سولہ مربعوں کے کئی گروہوں میں سرخ جسیمات شمار کرلئے جاتے ہیں اور اُن کی مجموعی تعداد کو ۱۰۰ سے (جو ترقیق ہے) اور ۴۰۰۰ سے (جو ہر چھوٹے مربع پر کے سیال کا حجم ہے) ضرب دیا جاتا ہے، اور حاصل ضرب کو شمار کردہ چھوٹے مربعوں کی تعداد سے تقسیم کر دیا جاتا ہے، جس سے ایک مکعب ملی میٹر کے اندر کے جسیمات کی تعداد حاصل ہو جاتی ہے۔ برکر (Bürker) کے آلہ میں جو تھوما زیس کے آلہ سے بہتر ہے، شیشہ محافظ کو سب سے پہلے شکنجوں کے ذریعہ سے جما لیا جاتا ہے اور پھر مرقق خون کو شعری کشش کے ذریعہ اندر داخل کیا جاتا ہے۔ برکر کا طریقۂ ترقیق بھی بہت بہتر ہے، مگر یہ ابھی اِس ملک (انگلستان) میں زیادہ مستعمل نہیں۔ ایک دوسرا نالچہ ۹ء فی صدی ایسیٹک ایسڈ کے ساتھ، ۱۰ حصہ میں ۱ حصہ کی حد تک ترقیق کرنے کے لئے ہے، جس سے سرخ جسیمات غیر مرئی ہو جاتے ہیں۔

سرخ جسیمات کی تعداد فی مکعب ملی میٹر ذکور کے لئے ۵۰۰۰۰۰۰ اور اناث کے لئے ۴۵۰۰۰۰۰ سمجھی جاتی ہے۔ درحقیقت لندن میں ذکور کے لئے اوسط ۵۴۴۳۰۰۰ ہے، اور جو لائی، کہ جس کے اندر تقریباً ۹۰ فی صدی طبعی قدریں واقع ہوتی ہیں۔

بڑے نواۃ دار سرخ خلیات کی مختلف قسموں کی رنگین تصویر (پیمانہ)۔ نیچے کی قطار میں پانچ طبعی ناہضات دکھائی دیتے ہیں۔ بہت سے خلیات میں متعدد الوان پسندی، اور نمبر ۲۲ میں نقطہ دار اساس پسندی ملاحظہ ہو۔ (ڈاکٹر لے۔ پانیتے نے ازراہ کرم اسکے چھاپنے کی اجازت عطا فرمائی ہے، رسالہ امراضیات و جرثومیات جلد ۲۰ میں جولائی ۱۹۲۴)۔

(بالمقابل صفحہ 423)

(۲٫۵ × معیاری انحراف) ۴۶۶۰۰۰۰ - ۰۰۰۰ ۶۱۹ ہے۔ اناث کے لئے اوسط ۰۰۰۰ ۵٫۱ اور جولانی ۴۱۲۰۰۰۰ - ۰۰۰۰ ۵۹۱ ہے۔

لندن میں مردوں کے لئے اوسط ہیموگلوبن ۱۰۵ فی صدی ہے، جو کہ ۱۹٫۵ فی صدی آکسیجنی گنجائش اور ۱۴٫۵ گرام ہیموگلوبن کے متناظر ہے۔ جولانی کہ جس کے اندر ۹۰ فی صدی طبعی نتائج واقع ہوتے ہیں (۲٫۵ × معیاری انحراف) ۹۶ تا ۱۱۵ فی صدی ہے۔ عورتوں کے لئے اوسط ہیموگلوبن ۹۸ فی صدی اور جولانی ۸۷-۱۱۰ ہے۔ یہ بلند قدریں، موٹروں کی وجہ سے کرہ ہوائی میں کاربن مانا کسائیڈ پیدا ہونے کا نتیجہ ہیں۔

جب صبح کے وقت شمار کیا جائے تو سپید خلیات کی تعداد ۴۰۰۰ تا ۹۰۰۰ فی مکعب ملی میٹر ہوتی ہے۔ اعظم تعداد ۱۲۰۰۰ دوپہر کے وقت ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 427)۔

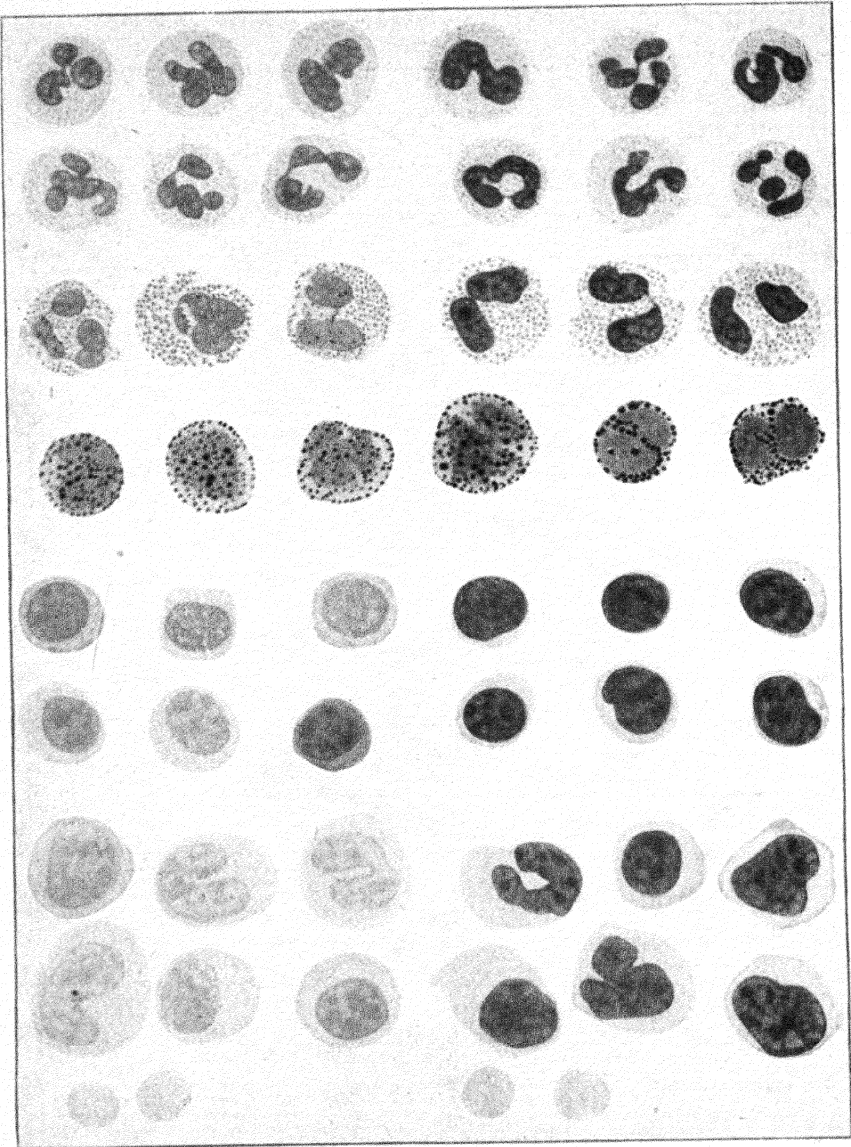
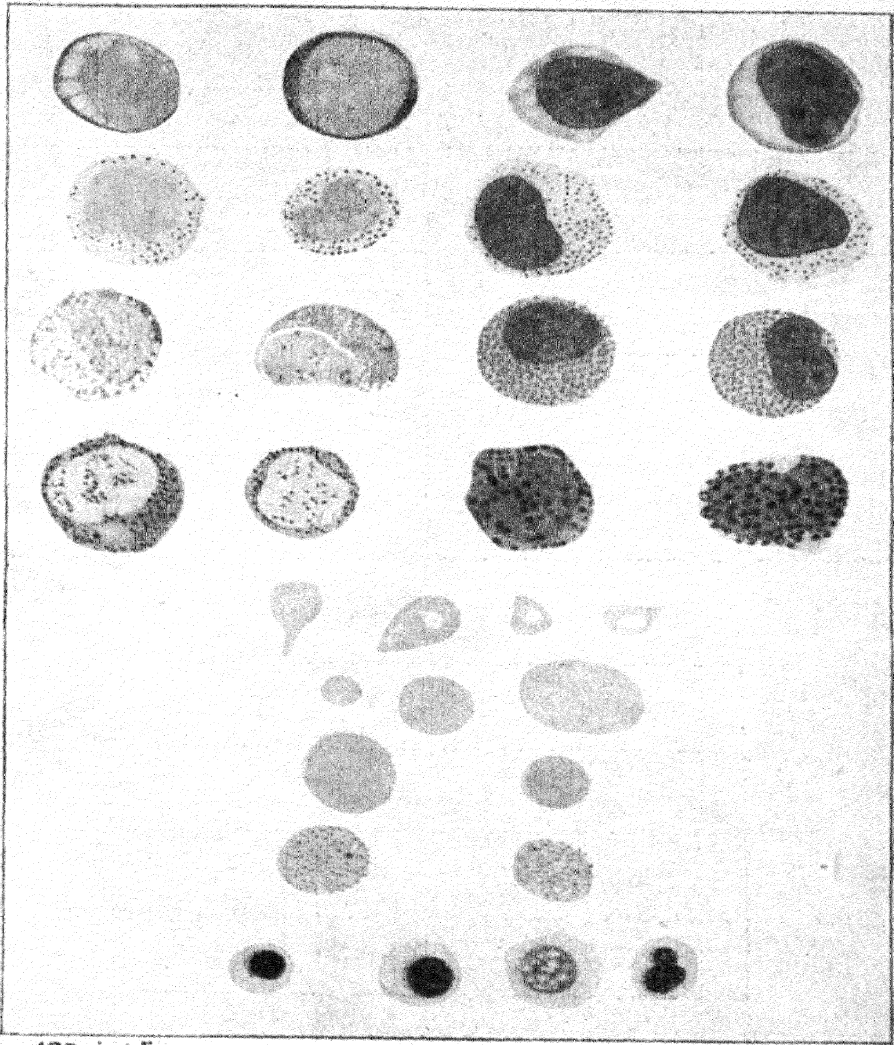
لوحیہ شماری۔ سوڈیئم سائٹریٹ کے ۲٫۵ فی صدی محلول کا ایک قطرہ انگلی پر رکھ کر اس قطرے میں سے انگلی کو چبھویا جاتا ہے، جس سے خون اس قطرے میں پھیل جاتا ہے۔ مخلوط خون اور سائٹریٹ کا تازہ حالت میں خردبین سے معائنہ کیا جاتا ہے، اور شیشہ محافظ کے گرد ویسلین سے حلقہ بنادیا جاتا ہے کہ وہ خشک نہ ہونے پائے۔ اگر سرخ خلیوں کی فی مکعب ملی میٹر تعداد معلوم ہو تو لوحیوں کی تعداد قلم کے اندر ان دونوں کی نسبت کی بنا پر متعین کی جاسکتی ہے۔ طبعی تعداد ۲۰۰۰۰۰ اور ۵۰۰۰۰۰ کے درمیان اختلاف پذیر ہوتی ہے۔

ہیموگلوبین کی تخمین۔ سریری اغراض کے لئے ہالڈین کا ہیموگلوبین پیما استعمال کرنا بہترین ہے۔ اس میں دو انبوبات ہوتے ہیں۔ ان میں سے ایک میں، جو معیار ہے، طبعی خون کا ایک فی صدی محلول موجود ہوتا ہے جو کاربونک آکسائیڈ (carbonic oxide) سے سیر شدہ، اور سلیمانی مہر کے ذریعہ بند ہوتا ہے۔ دوسرا انبوبہ ۱۰۰ درجوں میں تقسیم کیا ہوا ہوتا ہے، اور اس میں خون کی ایک ناپی ہوئی مقدار کی ترقیق کی جاتی ہے یہاں تک کہ اگر اس کو کول گیس سے سیر شدہ کیا جائے (جس سے تمام ہیموگلوبین کاربا کسی ہیموگلوبین CO-hæmoglobin: میں بدل

424

طبعی خون

جنیز کا رنگ لیشمان کا رنگ

کثیر الاشکال نواتی سپید خلیات	
ایوسین پسند خلیے	
متولی خلیے	
لمفی خلیے	
بڑے یک نواتی خلیے	
سرخ خلیے	

شکل ۵۰

صفحہ ۳۴

طبعی دَموی خلیات

بالمقابل صفحہ 424

بالمقابل صفحہ 425

غیر طبعی دموی خلیات

غیر طبعی خون

جینز کا رنگ — لیشمان کا رنگ

لبی ناہضات	
ذراتی	لبی ناہضات
ایسوسین پسند	لبی ناہضات
اساس پسند	لبی ناہضات

جینز کا رنگ

بوقلموں خلویت
خلوی لاتساوی
متعدد الوان پذیری
نقطہ دار اساس پسندی
نوات دار سرخ خلیے

شکل ۵۱

426

جاتی ہے) تو وہ معیار کے رنگ کا مقابلہ کرتا ہے۔ ایسی حالت میں پیمانہ پر کا وہ عدد کہ جہاں تک محلول پہنچا ہے، ہیموگلوبین کی فی صدی مقدار ظاہر کرتا ہے۔ ڈیر (Dare) کے ہیموگلوبن پیما کے پیمانہ کا معیار وہی ہے جو کہ ہالڈین کے آلہ کا ہے۔ لیکن دوسرے آلات کے پیمانوں کا معیار اس سے مختلف ہوتا ہے۔

قوۃ نمائے لون (colour index)۔ مختلف دموی امراض میں جسیمات کے اندر ہیموگلوبین کا ارتکاز کسیقدر اختلاف ظاہر کرتا ہے۔ لیکن جسیمات کی جسامت اس سے بہت زیادہ اختلاف ظاہر کرتی ہے۔ اگر انفرادی جسیمات معمول کے نسبت چھوٹے ہوں تو ہیموگلوبن کی فی صدی مقدار جسیمات کی فی صدی تعداد کے مقابلہ میں کم ہوتی ہے۔ جسیمات کی فی صدی تعداد کے ساتھ ہیموگلوبن کی فی صدی مقدار کی اس نسبت کو لونی قوت نما کہتے ہیں، اور یہ اس لحاظ سے کہ خلیات معمول کے نسبت اوسطاً چھوٹے یا بڑے ہیں کم یا زیادہ ہوسکتا ہے (8)۔ چنانچہ اس وقت جب کہ ہیموگلوبن ۵۰ فی صدی اور جسیمات ۱۰۰ فی صدی ہوں تو لونی قوت نما ۱/۲ یا ۰.۵ ہوتا ہے۔ لندن میں مردوں کے لئے اوسط لونی قوت نما ۰.۹۶ اور جولانی ۰.۸۹-۱.۰۶ ہے، اور عورتوں کے لئے اوسط ۰.۹۸ اور جولانی ۰.۸۷-۱.۱ ہے۔

جسیمات کا خرد بینی امتحان۔ اگرچہ ایک بے رنگی ہوئی فلم سے سرسری تشخیص اکثر ہوسکتی ہے، تاہم معمولی طور پر رنگوں کو کام میں لانا چاہیئے، مثلاً جینر (Jenner) یا لیشمان (Leishmann) کے رنگ۔ شبکی خلیوں (reticulocytes) کے رنگنے کے لئے، کریسائل بلیو (cresyl blue) کے الکحلی محلول کو ایک گرم شریحہ پر بھاپ اوڑا کر خشک کر لینا چاہیئے۔ اس صبغہ کے ساتھ خون کا ایک قطرہ ملا لیا جاتا ہے۔ پھر اسے پھیلا کر خشک ہونے دیا جاتا، اور ایک روغن غرق عدسہ (oil immersion lens) کے ذریعہ اس کا امتحان کیا جاتا ہے۔

مختلف جسیمات جو صحت اور مرض کی حالت میں دیکھے جاسکتے ہیں صفحہ ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶ ف ج میں انکی تصویر دی گئی ہے۔

سرخ جسیمات یا خلیات احمر (red corpuscles or erythrocytes)۔

طبعی شرخ جسیمات جن کا قطر ۷.۵ ملا ہوتا ہے۔ چھوٹے جسیمات یا خرد خلیے (microcytes) جن کا قطر ۲ تا ۶ ملا ہوتا ہے۔ بڑے جسیمات یا کبیر خلیے

(megalocytes) جن کا قطرہ تا ۱۵ ملزہوتا ہے۔ سرخ جسیمات کی جسامت کی عدم مساوات کو خلوی لاتساوی (anisocytosis) کہتے ہیں۔ مزید برآں بدشکل، معوج، اکثر ناشپاتی نما جسیمات ہوتے ہیں، جن کو بوقلموں خلیات (poikilocytes) کہتے ہیں جسیمات کے ٹکڑوں کو شقوقی خلیے (schizocytes) کہتے ہیں۔ نوات دار سرخ خلیوں (ناھضات احمر = erythroblasts) کی تقسیم اُن کی جسامت کے لحاظ سے ناھضات طبعی (normoblasts)، خرد ناھضات (microblasts)، کبیر ناھضات (megaloblasts) میں کی گئی ہے، اور بوقلموں ناھضات (poikiloblasts) بھی واقع ہوتے ہیں۔

نوات دار سرخ خلیے طبعی طور پر لبِ عظام میں ہوتے ہیں۔ خون کے اندر اُنکی موجودگی سے لبِ عظام میں اُن کی زیادہ پیدائش ظاہر ہوتی ہے۔

ناھضات احمر کے انشقاق سے آزاد نوات دیکھے جا سکتے ہیں۔ شبکی خلیے (reticulocytes) وہ سرخ خلیے ہیں، جن میں ایک اَساس پسند شبکہ موجود ہوتا ہے۔ وہ مختلف عدم دمویت کی شفایابی کے ابتدائی درجے میں دیکھنے میں آتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۶ ب، صفحہ 438)۔ متعدد الوان پذیری (polychromasia) شبکی خلویت کے لئے ایک دوسرا نام ہے۔ نقطے دار اساس پسندی (punctate basophilia) یا سرخ خلیوں کی داغ داری (stippling) بھی اِس سے ملتی جلتی حالت ہے، جس پر رصاصی تسمم (lead poisoning) کے تحت مزید غور کیا گیا ہے

اُمّ الخلیہ (metrocyte) وہ ناھض کبیر (megaloblast) ہے، جس کا نوات بالواسطہ انقسام کے امارات ظاہر کرتا ہے۔

سپید خلیا (leucocytes)۔ سپید خلیے جن کی کئی اقسام ہیں، دو گروہوں میں منقسم ہیں: (۱) ذراتی خلیے جنکو بعض اوقات سفید گوں (leucoid) یعنے کثیر الاشکال نوائی (polymorphonuclear) خلیے کہتے ہیں، جن کے خلیہ مایہ میں ترشہ سے رنگ قبول کرنے والے چھوٹے ذرات ہوتے ہیں اور جن کا متغیر نوات ہوتا ہے۔ ایوسین پسند (eosinophil) خلیے، جن میں موٹے ذرات اور نعل کی شکل کا نوات ہوتا ہے۔ اور مستولی خلیات (mast cells) جن کے ذرات ارغوانی رنگ قبول کرنیوالے

اور نوات خفیف طور پر اَساس پسند ہوتا ہے۔ (۲) غیر ذراتی، یا لمف آسا (lymphoid) خلیے، یعنے چھوٹے اور بڑے لمفی خلیے (lymphocytes)، جن کا نوات چھوٹا، گول، قوی طور پر اَساس پسند ہوتا ہے، اور خلیہ مایہ تھوڑا، جو صرف خفیف سا رنگ قبول کرتا ہے، اور بڑے یک نواتی (large mononuclear)، یا زجاجی خلیے (hyaline cells) یا یک نواتی خلیے (monocytes) جیسا کہ اب عموماً اُن کو کہتے ہیں، جن کا نوات اور خلیہ مایہ خفیف سا رنگ قبول کرتا ہے۔ بعض اوقات ان خلیوں میں ایک نعل کی شکل کا نوات ہوتا ہے، اور چونکہ یہ کثیر الاشکال نواتی خلیوں اور لمف آسا خلیوں کی درمیانی کڑی سمجھے جاتے ہیں، لہذا ان کو برزخی خلیات (transitional cells) کہتے ہیں، لیکن یہ سمجھنا صحیح نہیں ہے، لہذا اس اصطلاح سے احتراز لازم ہے۔ یک نواتی خلیوں کو کلاں آکلات (macrophages) بھی کہتے ہیں، اور کثیر الاشکال خلیوں کو خرد آکلات (microphages) بھی کہتے ہیں۔ ایوسین پسند خلیے بھی آکال خلیات ہوتے ہیں۔ یہ سب خلیے امیبائی حرکت ظاہر کرتے ہیں۔ تفریقی شمار کو فی صدی کے طور پر ہرگز ظاہر نہیں کرنا چاہیے، بلکہ ہمیشہ یہ بتلانا چاہیے کہ ایک مخصوص قسم کے خلیہ کی فی مکعب ملی میٹر کیا تعداد ہے، اور اسی واسطے سپید خلیوں کا مجموعی شمار بھی خون کے اُسی نمونہ پر سے کرنا چاہیے، جو تفریقی شمار کے لیے کام میں لایا گیا ہے۔ کثیر الاشکال خلیوں اور لمفی خلیوں کے اختلاف کی وجہ سے سپید خلیوں کے روزانہ دو مدوجزر ہوا کرتے ہیں۔ اُن کی اقل تعدادیں ۸ بجے صبح ۱۲ بجے دن اور ۹ بجے شب سے ۱۱ بجے رات تک ہوا کرتی ہیں۔ اور اعظم تعدادیں ایک بجے دن سے ۵ بجے شام تک اور ۱۱ بجے رات سے ۵ بجے صبح تک ہوا کرتی ہیں۔ ان کا غذا سے کوئی تعلق نہیں ہوتا۔ اسی واسطے اُن کا وقت ہمیشہ نوٹ کر لینا چاہیے۔

427

تفریقی شمار (بالغ مرد، ۲۰ تا ۴۰ سال)

	تقریبی ناپ	فی صدی	تعداد فی مکعب ملی میٹر ۹ تا ۱۰ بجے صبح - دوپہر		
			اعظم	اقل	اعظم
کثیر الاشکال نواتی خلیے	۱۰ تا ۱۲ ملر	۵۵-۷۰	۵۰۰۰	۲۵۰۰	۷۰۰۰

	تقریبی ناپ	فی صدی	تعداد فی مکعب ملی میٹر ۹ تا ۱۰ بجے صبح — دوپہر		
			اعظم	اقل	اعظم
لمفی خلیے	۷ تا ۱۲ ملر	۲۰ - ۳۵	۳۰۰۰	۱۵۰۰	۴۳۰۰
یک نواتی خلیے	۱۲ تا ۲۰ ملر	۲ - ۵	۶	۲۰	۰
ایوسین پسند خلیے	۱۱ تا ۱۳ ملر	۲ - ۶	۴۰	۲۰	۰
مستولی خلیے	۱۰ تا ۱۲ ملر	چند	۱۰۰	۰	۰

طبعی تفریقی شمار کے حدود، ۵ شماروں کے ان اعداد سے مستنبط کئے گئے ہیں جو کہ پروفیسر ناڈشا نے از راہ کرم ارسال فرمائے ہیں۔

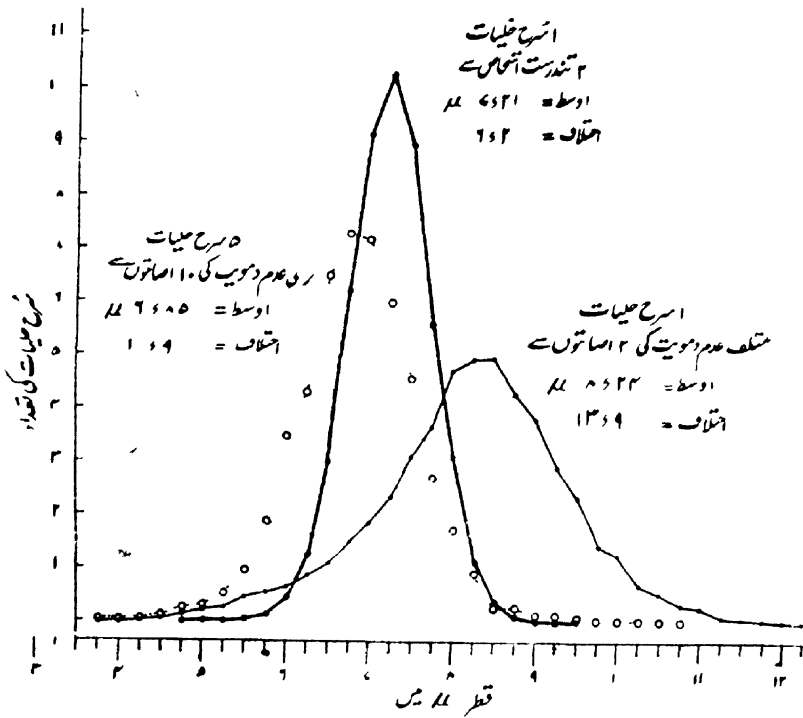
بعض امراض میں خون کے اندر غیر طبعی سپید خلیات پائے جاتے ہیں۔ اولاً انحطاط یافتہ خلیے ہوتے ہیں جن کے خلیہ مایہ میں خالیے ہوتے ہیں اور جن کے نواتوں کی تلوین ٹھیک طور پر نہیں ہوتی۔ دوم، مختلف غیر پختہ خلیے ہوتے ہیں جو لب عظام سے ماخوذ ہوتے ہیں اور جو عموماً لبّی خلیوں (myelocytes) کے نام سے مشہور ہیں۔ لبّی ناھض (myeloblast) ایک بڑا اوّلی خلیہ (۱۰- ۲۰ ملر) ہے، جو لب عظام کے عفریتی خلیے سے پیدا ہوتا ہے۔ اس کا نوات بڑا ہوتا ہے، خفیف سا رنگ قبول کرنے والا ہوتا ہے، اور ایک گہرا رنگ قبول کرنے والے خلیہ مایہ کے بند سے گھرا ہوا ہوتا ہے۔ بعد لبّی ناھض (metamyeloblast)، جو اس کے بعد کا درجۂ نمو ہے، سابق الذکر خلیہ سے مشابہ ہوتا ہے، لیکن اس کے خلیہ مایہ میں ترشہ سے رنگ قبول کرنے والے رقبے ہوتے ہیں۔ پھر (۱) ذرّاتی لبّی خلیہ (granular myelocyte) ہوتا ہے، جس میں خلیہ مایہ کثیر الاشکال نواتی خلیہ کے خلیہ مایہ سے مشابہ ہوتا ہے، اور (۲) ایوسین پسند لبّی خلیہ (eosinophil myelocyte) ہوتا ہے، جس کے ذرات موٹے اور ترشہ سے رنگ قبول کرنے والے ہوتے ہیں۔ یہ تمام خلیے تقریباً یکساں جسامت کے ہوتے ہیں۔ ذرّاتی لبّی خلیہ، کثیر الاشکال نواتی خلیہ بن جاتا ہے، اور ایوسین پسند لبّی خلیہ موٹے ذرات والا ایوسین پسند خلیہ بن جاتا ہے۔ ان کے علاوہ

اساس پسند لبی خلیے (basophil myelocytes) ہوتے ہیں، جن سے متولی خلیات پیدا ہو جاتے ہیں۔ لبی ناہض (myeloblast) لمفی خلیہ بھی پیدا کر دیتا ہے، اور اس میں برزخی درجے یہ ہیں:۔ لمفی لبی خلیہ (lymphomyelocyte) جو نسبتہً چھوٹا ہوتا ہے، لیکن جس میں اسی قسم کا نوات باقی رہتا ہے جیسا کہ لبی ناہض میں ہوتا ہے، اور پیش لمفی خلیہ (prolymphocyte) جس میں نوات گہرا اساس پسند رنگ قبول کرتا ہے۔ یہ خلیہ منقسم ہو کر لمفی خلیہ کو پیدا کر دیتا ہے۔

خون کے ذراتی خلیے (یعنی کثیر الاشکال نواتی، ایوسین پسند اور متولی خلیے مع اپنے پیشروؤں کے ایک اصطلاح سفید گول خلیات کے تحت جمع کئے گئے ہیں۔ اس کے مقابلہ میں غیر ذراتی خلیات (یعنی لمفی خلیہ اور بڑا ایک نواتی خلیہ) اور ان کے پیش رو لمف آسا خلیات (lymphoid cells) کے نام سے یاد کئے جاتے ہیں۔

مزمن تقیح میں بعض اوقات سپید خلیوں میں چربی موجود ہوتی ہے۔ اور ممکن ہے کہ اسی حالت میں ان سے آیوڈینی تعامل (iodine reaction) حاصل ہو، جو گلائکوجن (glycogen) کی علامت ہے۔ اس کو بتلانے کے لئے خون کی فلموں کو چند منٹ کے لئے ایک شیشہ کی ڈاٹ بوتل میں رکھ دیا جاتا ہے، جس میں آیوڈین کی قلمیں موجود ہوتی ہیں۔ پھر ان فلموں کا تراکب لیوبولوس (laevulose) کے سیر شدہ محلول میں کر دیا جاتا ہے۔ ایسا کرنے پر گلائکوجن ایک گہرا مہاگنی بھورا رنگ ظاہر کرتی ہے۔

آرنتھ (Arneth) کا شمار۔ یہ طریقہ، کہ جس کو شلنگ (Schilling) نے سادہ تر بنا دیا ہے، کثیر الاشکال نواتی سپید خلیوں کی عمر دریافت کرتا ہے۔ ذراتی لبی خلیہ، یا نو عمر خلیہ میں واحد گول نواۃ ہوتا ہے۔ اس کے بعد مختلف قسم کے بعد لبی خلیات آتے ہیں۔ سب سے پہلے وہ کہ جن میں خفیف سی تسنین ہوتی ہے، پھر وہ کہ جن میں اس سے بڑی تسنین ہوتی ہے اور آخر میں وہ کہ جن میں تسنین اتنی نمایاں ہوتی ہے کہ ایک نعل ظہور میں آتی ہے [یہ بند نما قسمیں (band forms) کہلاتی ہیں]۔ وہ تمام خلیات جو ۲، ۳، ۴، یا ۵ لختوں میں منقسم ہوں، حو کہ رشتکوں کے ذریعہ جڑے ہوئے ہوں، پختہ کثیر الاشکال نواتی خلایا

کہلاتے ہیں۔ طبعی حالات میں لبّی خلیات بالکل نہیں ہوں گے، اور کثیر الاشکال نواتی خلیات میں سے ۱۰ فی صدی تعداد بعد لبّی خلیات کی ہوگی۔ عفونتی حالتوں میں جب کہ لب العظام پر بار پڑتا ہے، نوعمر قسمیں تعداد میں بڑھ جاتی ہیں، گو کہ سپید خلیات کی مجموعی تعداد زیادہ بڑھی ہوئی نہیں ہوتی۔ مثلاً ایک عفونی حالت میں لبّی خلیات اور نوعمر قسمیں ۲۵ فیصدی تک

تشکل ۲ ۵ ۔ پرائس جونس کا دموی خلیہ کی توزیع کا منحنی (اس کے بیان کے لئے متن ملاحظہ ہو)۔

اور بند نما قسمیں ۲۵ فی صدی تک بڑھ سکتی ہیں، اور کامل تکوین یافتہ خلیات ۵۰ فی صدی تک گھٹ سکتے ہیں۔ یہ نام نہاد حرکت اِلیَ الیسار ہے، اور اس کے معنی یہ ہیں کہ انذار زیادہ تشویشناک ہو جاتا ہے۔

پرائس جونس کا دموی خلیہ کی توزیع کا منحنی (Price-Jones blood cell distribution curve)۔ پہلے بتلایا گیا ہے کہ لونی قوت نما سے جسیمات کی اوسط جسامت کا اندازہ ہوتا ہے، لیکن اس سے انفرادی جسیمات کی جسامت کے تغیر کے متعلق کوئی معلومات نہیں حاصل ہوتے۔ آخر الذکر تشخیص میں مفید ہو سکتا ہے، اور اسکی تعیین کا یہ طریقہ ہے کہ ایک رنگی ہوئی فلم میں ۱۰۰۰ کی تکبیر کے تحت ۵۰۰ یا زائد سرخ خلیوں کی پیمائش دو قطروں میں کر کے اس کا اوسط لے لیا جائے (4)۔ نتائج کو پرائس جونس کے دموی منحنی کی شکل میں ظاہر کیا جاتا ہے (ملاحظہ ہو شکل ۵۲)۔ اس کی چوٹی خلیہ کی اس جسامت کو ظاہر کرتی ہے جو نہایت کثیر الوقوع ہے، اور اس کے صعودی اور نزولی حصے کے مابین جو فاصلہ ہے وہ یہ ظاہر کرتا ہے کہ باقی ماندہ خلیے اس جسامت سے کس قدر قریب ہوتے ہیں۔ طبعی خلیوں کا اوسط قطر ۷.۲ ملا ہوتا ہے، اور تمام خلیے زیادہ تر ایک ہی جسامت کے ہوتے ہیں۔ نزف کے باعث پیدا ہونے والی عدم دمویت میں اوسط قطر نسبتہً کم اور تغیر نسبتہً زیادہ ہوتا ہے۔ اڈیسن کی عدم دمویت میں اوسط قطر نسبتہً زیادہ، اور تغیر بہت بڑا ہوتا ہے۔

طریق تسمیہ ۔ ہیموگلوبن کی قلت، جس کے ساتھ سرخ خلیوں کی کمی ہو یا نہ ہو، **عدم دمویت** (anæmia) کہلاتی ہے، جو اس وقت جب کہ خون کی تکوین ناقص ہو غیر تکوین الدموی (anhæmopoietic)، اور اس وقت جب کہ خون کا اتلاف بہت زیادہ ہو اتلاف الدموی (hæmolytic) کہلاتی ہے۔ عدم دمویتوں کو خرد خلوی (microcytic) اور کلاں خلوی (macrocytic) بھی کہا جاتا ہے۔ قلیل اللون (hypochromic) یا کثیر اللون (hyperchromic) کی اصطلاحات رنگی ہوئی فلم میں خلیہ کے رنگ کی طرف اشارہ کرتی ہیں، لیکن مختلف مصنفین ان کو دوسرے معنوں میں استعمال کرتے ہیں (یعنی پست یا بلند لونی قوت نما کے مترادفات کے طور پر)، اور بعض اوقات ایک ہی مصنف ان کو ایک سے زیادہ معنوں میں استعمال کرتا ہے۔ مجمل طور پر بیان کیا جائے تو خرد خلوی عدم دمویت قلیل اللون اور کلاں خلوی عدم دمویت کثیر اللون ہوتی ہے۔

سپید جسیمات کی کمی قلت جسیمات سفید (leucopenia) کہلاتی ہے۔ جو

دیرینہ حمیات میں واقع ہو جاتی ہے۔ غیر ذراتی خلویت (agranulocytosis) ذراتی خلیات کی قلت ہے۔

ہیموگلوبن اور سرخ جسیمات کی زیادتی 'کثرت خلیات احمر (polycythæmia rubra)' احمر دمویت (erythræmia)' احمر خلویت (erythrocytosis) کہلاتی ہے۔

سپید جسیمات کی زیادتی بیض دمویت (leukæmia)' سفید خلیہ دمویت (leucocythæmia)' ابیض خلویت (leucocytosis) کہلاتی ہے۔

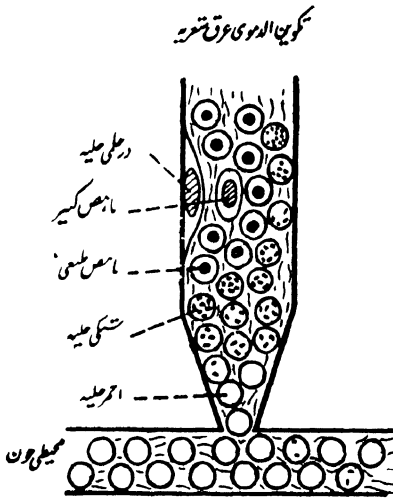
سپید خلیوں کے مختلف اشکال کی زیادتی لمفی بیض دمویت (lymphatic leukæmia)' لبی خلوی بیض دمویت (myelocytic leukæmia)' ایوسین پسندی (eosinophilia) کہلاتی ہے۔

غیر تکوین الدموی (قلتی) عدم دمویت

(ANHÆMOPOIETIC (DEFICIENCY) ANÆMIA)

دورانی خون کے اندر کی ہیموگلوبن کی مقدار اور سرخ جسیمات کی تعداد کا انحصار زیادہ تر تکوین دم اور اتلاف دم کے دو اعمال کے درمیان توازن پر ہوتا ہے۔ طحال' اتلاف خون کا ایک عضو ہونے کے علاوہ دموی خلیات کے لئے ایک مخزن کا کام بھی دیتی ہے' اسی وجہ سے وہ سریع عارضی تغیرات کا باعث ہوسکتی ہے۔ لیکن چونکہ خون کے مجموعی حجم کی پیمایش کرنا موجودہ زمانہ میں عملی سریری دستور العمل تحقیق نہیں ہے' لہذا سرخ جسیمات یا ہیموگلوبن کی مجموعی مقدار کی تعیین نہیں کیجاتی بلکہ صرف ان کا ارتکاز دیکھا جاتا ہے۔ سرخ خلیات' اور ان کے پیشروؤں کو ایک بافت تصور کیا جاتا ہے جو کہ نسیج احمر (erythron) کہلاتی ہے۔

امراضیات۔ سرخ خلیات' سرخ لب عظام کے تکوین الدموی عروق شعریہ میں بنتے ہیں' جیسا کہ شکل ۵۳ (14) میں خاکہ کے طور پر دکھایا گیا ہے۔ اگر یہ عمل اپنے سب سے ابتدائی درجہ میں رک جائے' تو غیر تکوینی عدم دمویت ظہور میں آتی ہے

ناہص کبیر سب سے زیادہ اولین سرخ خلیہ ہے۔ اس کے مزید نشو و نما کے لئے ایک "دموی جوہر" کی ضرورت ہے، جو کہ معدہ میں اور غالباً اثنا عشری میں بھی دو عاملوں سے طبعی طور پر بنتا ہے (۱) ایک انزیم جو کہ کاسل (Castle) کا "درونی عامل" کہلاتا ہے، اور بوّابی غدد میں اور شاید اثنا عشری میں برونر (Brunner) کے غدد میں تیار ہوتا ہے اور (۲) کاسل کا "برونی عامل" مثلاً وہ جو کہ گائے کے گوشت اور خصوصاً لبن میں پایا جاتا ہے۔ اس کا ثبوت یہ ہے کہ اگرچہ گوشت پر مشتمل غذا ایڈیسن (Addison) کی کبیر خلوی عدم دمویت یعنی متلف عدم دمویت کو اچھا نہیں کر سکتی، تاہم اگر اس گوشت کو طبعی انسانی معدہ میں ایک گھنٹہ تک ہضم کیا جائے اور پھر نکال کر متلف دمویت کے مریض کو دیا جائے، تو وہ شفایاب ہو جاتا ہے۔ چنانچہ صحت مند معدی انہضام ایک نائٹروجینی مادہ کو پیدا کرتا ہے۔ اور یہ ایک دموی جوہر ہے جو کہ پروٹین کے ٹوٹ جانے سے پیدا ہوتا ہے، اور معمولاً جگر اور گردوں میں ذخورر ہتا ہے، اور طبعی سرخ خلیات کی تکوین کے لئے ضروری ہے۔ متلف عدم

شکل ۵۳ - نسیج احمر کی خاکہ نما ترسیم

دمویت میں یہ اس لئے نہیں بنتا کہ التہاب معدہ کی وجہ سے خمیر کی قلت ہوتی ہے۔ اس دموی جوہر کے بغیر دموی جسیموں کا نشو و نما کبیر ناہصی درجہ پر رک جاتا ہے۔ لب عظام میں کبیر ناہصی ردعمل ہوتا ہے، اور اس میں خلیات ٹھس کر بھرے ہوتے ہیں، اور ایک کبیر خلوی عدم دمویت پیدا ہو جاتی ہے۔ لوہا، تانبے کا ایک شائبہ، حیاتین ج اور تھائراکسن (thyroxin)، یہ تمام طبعی تکوین خون کے آخری درجہ کے لئے ضروری ہیں جو کہ شبکی خلویت کے برزخی درجہ کے بعد آتا ہے، اور ان کے بغیر لب عظام میں طبعی

480

ناہضمی ردعمل واقع ہوتا ہے اور ایک خرد خلوی عدم دمویت پیدا ہوتی ہے۔ کبیر ناہضمی اور طبعی ناہضمی ردعمل اُسی مرض میں تبادل کر سکتے ہیں۔ وہ ظاہر کرتے ہیں کہ تکوین خون ہیجان میں آئی ہے، لیکن ضروری عامل کی عدم موجودگی کے باعث ان میں سے ایک درجہ پر رک گئی ہے، بالکل اسیطرح جس طرح کہ کسی کارخانہ میں نیم تیار مال اس وقت جب کہ کوئی ضروری صنعتی عمل بگڑا ہوا ہو، جمع ہو جاتا ہے۔

ایک بڑے نزف کے فوراً بعد، طحال میں سے سرخ خلیات داخل ہو کر دموی شمار بڑھ جاتا ہے۔ لیکن چند ہی گھنٹہ کے اندر سیال دوران خون میں داخل ہوجاتا ہے، اور اس کے حجم کی کمی پوری کر دیتا ہے، لہذا اگر نزف سے پہلے کی ہیموگلوبن معلوم ہو تو اب اس کی آخری قدر سے اندازہ ہوتا ہے کہ کسی قدر نقصان خون ہوا ہے۔ جب عدم دمویت قائم ہو جائے تو تکوین خون ہیجان میں آتی ہے۔ لیکن لوہے کے فقدان کی وجہ سے رک جاتی ہے (طبعی ناہضمی ردعمل)۔ بعض حالات میں، مثلاً اس وقت جب کہ بہت سا سیال ضائع ہوا ہو، جسم اس دموی حجم کی کمی پوری کرنے کی قابلیت کھو دیتا ہے، اور مریض بہت ہی بیمار ہو جاتا ہے۔

ثانوی عدم دمویت۔ عدم دمویتوں کی تقسیم اس طرح کی جاتی ہے:۔ اولی عدم دموتیں جن کی تسبیب معلوم نہ ہو (اخضریت اور متلف عدم دمویت) اور ثانوی عدم دموتیں جن کے اسباب اکثر اصابتوں میں بالکل واضح ہوتے ہیں۔ اس قسم کی جماعت بندی آج کل بالکل بے کار ہے۔ لیکن ثانوی یا اخضریتی عدم دمویت کی اصطلاح ابھی تک عام طور پر ایک خرد خلوی عدم دمویت کے معنوں میں استعمال کی جاتی ہے کہ جس میں طبعی ناہضمی ردعمل اور پست لونی قوت نما ہو اور جو مختلف اسباب سے پیدا ہو۔ یہ اسباب حسب ذیل ہیں:۔ (۱) نزفات۔ ان میں سے بہت سے نزفات مفرط ہوتے ہیں، لیکن بہ عود نہیں کرتے، یا یہ صرف طویل وقفوں سے ہوتے ہیں۔ متواتر تھوڑے تھوڑے نزفات سے، جو بواسیر، مستقیمی قرحہ، رحمی امراض، اثنا عشری کج دہن (ancylostoma duodenale) کے باعث ہوں، شدید عدم دمویت واقع ہو سکتی ہے۔ جلد اور مخاطی اغشیہ میں بھی نزفات ہو سکتے ہیں، جیسے کہ ... اقسام کے پرپورا (purpura) میں اور اسکربوط

(scurvy) میں ہوتے ہیں۔ (۲) مرضِ برائٹ، اسکروی اور ناقص درقیت۔ (۳) سرخ جسیمات کی تقلیل مرضِ ہاجکن میں اور بعض دمویت کی مختلف قسموں میں واقع ہوجاتی ہے۔ ثانوی عدم دمویت کا علاج وہی ہے جو کہ سادہ بے ترشہ عدم دمویت کا ہوتا ہے۔

عدم دمویت کے علامات۔ نمایاں عدم دمویت کی تمام اصابتوں میں بعض مخصوص خصایص مشترک ہوتے ہیں، اگرچہ بعض اقسام کی عدم دمویتوں میں انکے ممیز و مخصوص خصایص بھی ظاہر ہوتے ہیں، جو آگے چل کر بیان کئے گئے ہیں۔ جلد شاحب اور موم نما ہوتی ہے۔ تازہ نزف کی اصابتوں میں رنگ بالکل سپید ہوتا ہے۔ تاہم یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ ممکن ہے حقیقی عدم دمویت بالکل موجود نہ ہو اور وعاحرکی فعل سے دموی توزیع میں تغیر واقع ہوجانے سے شحوب پیدا ہوجائے۔ لب پھیکے گلابی رنگ کے ہوجاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ گالوں میں بھی ایک خفیف گلابی تمتماہٹ ظاہر ہو۔ مرئی مخاطی اغشیہ پھیکے گلابی رنگ کی ہوجاتی ہیں، جیساکہ دہن، زبان اور پپوٹوں کی اندرونی جانب میں دیکھا جاتا ہے۔ خون کا بدلا ہوا رنگ ہاتھ کی پشت پر کی وریدوں کی جھلک میں بھی ظاہر ہوتا ہے، جو سپید چمڑے کے اندر سے گلابی نظر آتی ہیں، نہ کہ گلابی جلد کے اندر سے سیاہ ارغوانی۔ مریض نڈھال اور کمزور جسمانی یا دماغی محنت کے ناقابل ہوتا ہے، اُسے دردِ سر اور چکر آنے کا امکان ہوتا ہے، آنکھوں کے سامنے دھبے نظر آتے ہیں، کانوں میں آوازیں گونجتی ہیں، اور غشیان کے دورے ہوتے ہیں۔ محنت کرنے یا زور لگانے پر سانس پھول جاتی ہے اور عرق کی تیک پیدا ہوجاتی ہے۔ ممکن ہے کہ پاؤں کا اُذیما موجود ہو۔ بھوک عموماً کم ہوجاتی ہے، اور غذا لینے کے بعد شراسیف کے مقام پر گرانی یا ضیق معلوم ہوتا ہے، یا شدید سوزشِ سینہ ہوتی ہے۔

اگر کوئی نمایاں درجہ کی عدم دمویت ہو تو ہمیشہ قلب کو ہیجان میں لاکر خون کی فی منٹ درآمد کو زیادہ کردیتی ہے، اسیواسطے شرحِ نبض زیادہ ہوجاتی ہے۔ یہ ایک تعویضی میکانیت ہے، لیکن اس کے یہ معنی ضرور ہیں کہ قلب زیادہ کام کرتا ہے۔ لہذا علاج کا اولین مدعا آرام ہے۔ استماع کرنے پر دموی خریرات اور حرحرِ خذروفی (bruit de diable) سنائی دیتے ہیں۔ یہ پہلے بیان کئے گئے ہیں (صفحات

222 ، 230)۔ ممکن ہے کہ قلب متسع ہو جائے۔

اخضریت

(chlorosis)

بحث اسباب۔ اخضریت یا اس کے انگریزی مرادف 'گرین سکنیس (green sickness) کا نام اس سبزی مائل جھلک پر مبنی ہے جو کہ گالوں کے شحوب کے ساتھ مخلوط ہوتی ہے۔ اس نام کا اطلاق عدم دمویت کی اس قسم پر کیا جاتا ہے جو بالخصوص 481 قبض کی شکایت رکھنے والی لڑکیوں اور نوعمر عورتوں میں چودہ اور چوبیس سال کے سن کے درمیان ہوتی ہے، گو مستثنیٰ طور پر ایسی ہی ایک حالت لڑکوں میں بھی دیکھی جاتی ہے۔ موجودہ صدی کے آغاز سے اخضریت کے حدوث میں بتدریج کمی پائی گئی ہے اور غالباً اس کی وجہ یہ ہے کہ تنگ کمر بندی کا رواج، جس سے جگر پر دباؤ پڑتا تھا، ترک کر دیا گیا ہے، نیز یہ کہ اب عورتوں کا کام نسبتہً بہتر حالات کے تحت انجام دیا جاتا ہے، اور تازہ ہوا زیادہ لی جاتی ہے، اور ورزش زیادہ مقداروں میں کی جاتی ہے (6)۔ خانگی ملازمت کرنے والیوں میں یہ مرض سب سے زیادہ عام ہوا کرتا تھا۔

علامات۔ اخضریت ایک خرد خلوی عدم دمویت ہے۔ دموی شمار پست لونی قوت نما ظاہر کرتا ہے، کیونکہ سرخ خلیات کی نسبت ہیموگلوبن میں زیادہ تخفیف پائی جاتی ہے۔ طبعی نا ہضات، شبکی خلیات، شقوقی خلیات، شدید اصابتوں میں دیکھے جاتے ہیں۔ سپید خلیات طبعی ہوتے ہیں۔ عدم الطمث موجود ہوتا ہے۔ معدی رس میں آزاد HCl موجود ہوتا ہے۔ کبھی کبھی عصب بصری کا التہاب (optic neuritis) پیدا ہو جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ اس کے بعد ذبول، اور مستثنیٰ اصابتوں میں عینی شلل (ocular paralysis)، شبکیتی سدادیت (retinal embolism)، اور خلف البصلہ التہاب عصب (retrobulbar neuritis) واقع ہو جائے۔

انذار اور علاج۔ ملاحظہ ہو سادہ بے ترشہ عدم دمویت۔

سادہ بے ترشہ عدم دمویت

(simple achlorhydric anaemia)

یہ مرض عورتوں کو اس سے بہت زیادہ عام طور پر ماؤف کرتا ہے کہ جتنا مردوں کو اور عورتوں کو یہ تقریباً بچہ جننے کی عمر میں ماؤف کرتا ہے، اور سب سے زیادہ اصابتیں ۴۰ سے لیکر ۵۰ سال کی عمر میں واقع ہوتی ہیں۔ یہ بچوں میں اور معمر اشخاص میں (33) بھی واقع ہوتا ہے۔ تاہم یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ صحت مند مردوں اور عورتوں میں سے ۳۲ فی صدی ایسے ہوتے ہیں کہ جن کو ۶۰ سال سے اوپر سادہ بے ترشہ عدم دمویت ہوتی ہے۔

علامات۔ ایک خرد خلوی عدم دمویت پائی جاتی ہے، اور خون ایک پست لونی قوت نما ظاہر کرتا ہے۔ متلف عدم دمویت کی طرح اس میں بھی بے ترشگی پائی جاتی ہے، لیکن خون میں بائلی روبین کی زیادتی نہیں ہوتی، چنانچہ وان ڈن برگ کا کاشف منفی ہوتا ہے، اور حبل نخاعی میں کوئی تغیرات نہیں ہوتے۔ طحال بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ بسا اوقات التہاب اللسان (glossitis) ہوتا ہے اور یہ التہاب زبان پر سے پھیلتا ہوا البلعوم کی پشت پر چلا جاتا ہے۔ بعض اوقات عسر البلع ہوتا ہے۔ ناخن مقعر (چمچہ نما) اور پتلے ہوتے ہیں، ان پر طولی حیدیت (ridging) (انفعار الظفر = koilonychia) پائی جاتی ہے۔ عدم دمویت، غالباً غذائی خلہ میں سے لوہے کے قلیل انجذاب کی وجہ سے ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ معدی رس میں ہائڈروکلورک ایسڈ کی عدم موجودگی اس کا جزوی سبب ہو۔

تشخیص۔ یہ اس امر پر منحصر ہے کہ بے ترشگی کے ساتھ پست لونی قوت نما کی عدم دمویت مشاہدہ کی جائے، جو بلا کسی واضح سبب کے ہو، مثلاً بغیر نزف کے۔

انذار۔ موثر علاج کرنے کی حالت میں یہ اچھا ہوتا ہے۔

علاج۔ لوہا بڑی مقداروں میں دینا چاہئے۔ قشری تجہیز، آئرن اینڈ امونیم سٹریٹ (iron and ammonium citrate)، جو کہ فیرک سٹریٹ (ferric citrate) پر مشتمل ہے، مقبول عام ہے۔ لیکن روزانہ اس کا ایک ڈرام

دینا چاہیئے۔ لوہا صرف فیرس (ferrous) حالت میں جذب ہوتا اور تاثیر کرتا ہے (7)، لہذا فیرس لوہا استعمال کرنا بہتر ہے۔ پل فیری (pil. ferri) (بلاڈ کی گولی = Blaud's pill) جو فیرس سلفیٹ اور سوڈیئم کاربونیٹ (sodium carbonate) کا ایک آمیزہ ہے (۵ تا ۱۵ گرین) بہت مشہور ہے۔ اس کو سفوف کی شکل میں دے سکتے ہیں۔ فیرس سلفیٹ کو بحالت محلول تجویز کرنے میں یہ دقت ہے کہ یہ مناکسد ہو جاتا ہے۔ لیکن اس کا سدباب اس کو ۱۰ فی صدی گلوکوس محلول میں حل کر کے کیا جا سکتا ہے، یا اس کے بجائے ایسڈ سلفیورک ڈائلیوٹ ۵ منم، ۵ گرین فیرس سلفیٹ کے لئے استعمال کیا جا سکتا ہے۔

بہت سی اصابتوں میں حتی الامکان جلد از جلد یہ دریافت کرنے کی ضرورت ہوگی کہ آیا علاج موثر ثابت ہو رہا ہے یا نہیں۔ اس کے لئے، جیسا کہ متلف عدم دمویت کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے، ایک شبکی خلوی حرجہ کی تلاش کرنی چاہیئے۔ اکثر حدیدی تجہیزات میں تانبا موجود ہوتا ہے، لیکن اگر ضرورت ہو تو اس کو کاپر سلفیٹ کے ½ فی صدی محلول کے روزانہ ۳ - ۵ سی سی کی صورت میں تجویز کیا جا سکتا ہے۔ اس امر کا خیال رکھنا چاہیئے کہ ناقص درقیت موجود نہ ہو، اور یہ کہ غذا میں حیاتین ج کی کافی مقدار موجود رہے، جو کہ نارنگی اور لیموں کے طور پر دینی بہتر ہے۔ اسکروی میں عدم دمویت نزف ہونے سے پہلے دیکھی گئی ہے۔ یہ امر تسلیم شدہ ہے کہ شراب کے ذریعہ دی ہوئی لوہے کی تمام قسمیں بیکار ہیں، اور سنکھیا دینی غیر ضروری ہے۔ لیکن جگر یا خلاصہ جگر بعض اوقات مفید ہوتا ہے، گو کہ اسے لوہے کا بدل تصور نہیں کرنا چاہیئے۔ اگر ایک ملین کی ضرورت ہو تو پل ایلوزیٹ فیری (pil. aloes et ferri) (۴ تا ۸ گرین) جس کے ساتھ فیرس سلفیٹ شامل ہے، دینا مفید ہے۔ قدرتی طور پر پائے جانے والے حدیدی میاہ (chalybeate waters) میں فیرس کاربونیٹ (ferrous carbonate) موجود ہوتا ہے، جسے زائد کاربن ڈائی آکسائڈ (CO_2) محلول صورت میں رکھتی ہے۔ اور بشرطیکہ ان کو براہ دہن چشمہ پر تازہ پیا جائے یہ مفید ہوتے ہیں۔ شدید اصابتوں میں علاج کے دوران میں بستر پر آرام کرنا ضروری ہے اور نقل الدم مفید ہو سکتے ہیں۔

483

متلف عدم دمویت

(pernicions auæmia)

(ایڈیسن کی عدم دمویت=Addison's anæmia)

(التہاب اللسانی عدم دمویت=glossitic anæmia)

ابتداءً اس مرض کی اصابتوں کو ایڈیسن (Addison) نے خود سر د عدم دمویت (idiopathic anæmia) کے نام سے بیان کیا، کیونکہ ان میں ممیز خصائص نمایاں تھے، اور وہ ان کا کوئی سبب نہ معلوم کر سکا۔ ازاں بعد بائرمر (Biermer) اور دوسرے مصنفینِ براعظم یورپ نے مماثل اصابتیں نرقی پاتی ہوئی متلف عدم دمویت (progressive pernicious anæmia) کے نام سے بیان کیں۔

بحث اسباب۔ یہ مرض دو صنفوں کو مساوی ماؤف کرتا ہے، اور ۹۰ فیصدی اصابتیں چالیس سال سے اوپر کی عمر میں ہوتی ہیں۔ اور معدی تغیرات کے لئے جو کہ اس مرض کا سبب ہوتے ہیں ایک موروثی رجحان پایا جاتا ہے۔

مرضی تشریح۔ اعضاء کے عام شحوب کے علاوہ بعد المماتی حالتوں میں سے ایک نہایت مستمر حالت قلب کا شحمی انحطاط ہے، جو خود کو عضلۂ قلب کی متبادل سیاہ اور شاحب دھاریوں کی صورت میں ظاہر کرتا ہے، اور یہ دھاریاں درونِ قلبہ میں سے نظر آتی ہیں (دھاری دار بلی جیسی دھاریاں=tabby-cat striation)۔ یہ ناقص آکسیجن رسد کے باعث ہوتی ہیں، جس کا سبب خون کے ہیموگلوبن کے مقدار کی کمی ہے۔ یہ بائیں بطین اور حلیمی عضلات میں واقع ہوتی ہیں۔ جگر اور گردوں کا شحمی انحطاط بھی موجود ہوتا ہے، اور شرائین کے اندرونی طبقہ کا بھی۔ نزفات نہ صرف شبکیہ میں پائے جاتے ہیں، جہاں وہ زندگی میں بھی دیکھے گئے ہیں، بلکہ وہ مصلی اغشیہ، درونِ قلبہ، معدے کی غشائے مخاطی، پھیپھڑوں، سطح دماغ، اور دوسرے حصوں میں بھی ملتے ہیں۔ فین وِک (Fenwick) نے ابتداً میں معدہ میں ایسے تغیرات پائے جو کہ التہاب معدہ (ملاحظہ ہو) کے مماثل تھے۔ بعض اوقات طحال

بڑھی ہوئی، اور سیاہ سرخ یا ارغوانی رنگ کی ہوتی ہے۔ لب عظام مقدار میں حد سے زائد اور سرخی مائل ارغوانی رنگ کا پایا گیا ہے، اور اس میں نواتدار سرخ جسیمات بالخصوص کبیر نا پختہ بڑی تعداد میں ہوتے ہیں، مزید برآں جگر کے خلیوں میں طحال میں اور گردوں میں لوہے کا وافر جماؤ ہوتا ہے، جو پوٹاسیئم فیروسائنائیڈ اور مرقق ہائڈرو کلورک ایسڈ سے عضو کے نیلے ہو جانے سے ظاہر ہو سکتا ہے۔ نخاعی علامات والی اصابتوں میں موت کے بعد جانبی استوانوں اور پچھلے استوانوں کا انحطاط پایا گیا ہے۔

امراضیات۔ اس مرض کی امراضیات کی کسی بحث میں حسب ذیل خصائص مرض کا بیان کرنا ضروری ہے :- (۱) بول کے اندر یورو بائلین کی زیادتی، جگر کے اندر لوہے کے جماؤ، اور خون کے اندر صبغۂ صفرا کی موجودگی جس سے وان ڈن برگ کا بالواسطہ امتحان حاصل ہوتا ہے۔ جانوروں میں سموم مثلاً سیپونین (saponi n)، یا ئری ڈین (pyridine) وغیرہ کے اشراب سے بھی ایسے ہی مظاہر حاصل ہوئے ہیں۔ (۲) سرخ لب عظام کی بیش پرورش اور ساتھ ہی دورانی خون کے اندر سرخ خلیوں کی جسامت اور شکل کی بےقاعدگی اور کبیر خلیات کی اور بعض اوقات کبیر نا پختہ کی موجودگی۔ یہ مرض ایک کلاں خلوی عدم دمویت ہے۔ سرخ خلیوں کا حیاتی کیمیائی بنیہ بھی متبدل ہو جاتا ہے۔ جسیمات میں ہائڈروجن رواں (H ion) کا ارتکاز زیادہ ہوتا ہے، جس کی وجہ غالباً یہ ہوتی ہے کہ فاسفورک ایسڈ ایسٹرس (phosphoric acid esters) میں زیادتی ہو جاتی ہے، چنانچہ خلیات اور پلازما کے درمیان قوہ کا فرق (potential difference) بجائے آٹھ یا نو ہونے کے ۲۰ ملی وولٹس (millevolts) ہوتا ہے (12)۔ (۳) معدی رس میں آزاد ہائڈروکلورک ایسڈ (free HCl) کی غیر موجودگی، جو خاص کر التہاب معدہ کی وجہ سے ہوتی ہے، کیونکہ معدنی کلورائڈ اور پیپسن بھی کم ہوتے ہیں، گو بالکل غیر موجود ہرگز نہیں ہوتے (13)۔ غالباً تھوڑا سا "فاعلی" ہائڈروکلورک ایسڈ ("active" HCl) ہمیشہ ہوتا ہے (ملاحظہ ہو شکل ۷۴، صفحہ 331)۔ غذائی خطے میں دوسری جگہ التہاب کی موجودگی بھی ممیز التہاب اللسان سے ظاہر ہوتی ہے۔

اور بعض اصابتوں میں اسہال، معوی التہاب کے باعث ہو سکتا ہے۔ (۴) جب خلاصۂ جگر براہ دہن دیا جائے تو اس کا شفا بخش اثر۔

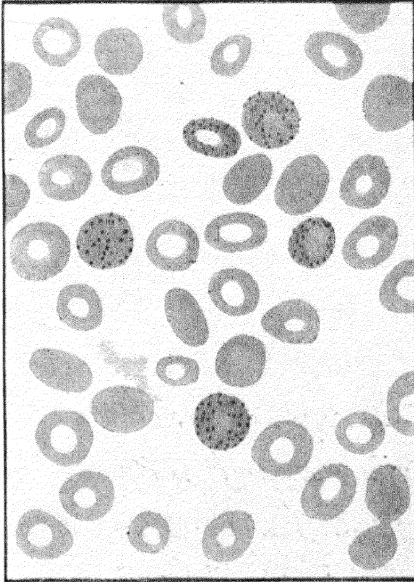
زمانۂ حال تک یہ تصور کیا جاتا تھا کہ یہ مرض ایک اولی خون پاشیدگی کی وجہ سے ہے۔ لیکن یہ امر مشکوک ہے کہ آیا خون پاشیدگی حقیقۃً نمایاں ہوتی ہے۔ اگر ساری کی ساری بائلی روبین، ٹوٹے ہوئے جسیموں سے ماخوذ ہے تو اس کے یہ معنی ہوں گے کہ خون کے جسیموں کی باز پیدائش ایک ناممکن سرعت کے ساتھ واقع ہوتی ہے۔ نیز بائلی روبین کا اخراج نہایت ہی اختلاف پذیر ہوتا ہے، حالانکہ تصویرِ خون مستمر رہتی ہے۔ یہ تصویرِ خون، بے ترشہ عدم دمویت سے جو کہ ایک اولی خون پاشیدہ مرض ہے بالکل مختلف ہے۔ سرخ خلیات، متلف عدم دمویت میں اتنی ہی مدت تک زندہ رہتے ہیں کہ جتنے صحت کی حالت میں حقیقت میں مرض اولی طور پر دموی خلیات کی ناقص تکوین کا نتیجہ ہے، جو کہ صفحہ 429 پر بیان کی گئی ہے۔ دموی جوہر کے بغیر لب عظام کامل سرخ خلیات کو نہ تو پیدا کر سکتا ہے اور نہ دوران خون میں ان کو خارج کر سکتا ہے۔ لہٰذا وہ لب عظام میں ٹھس کر بھرے رہتے ہیں اور اس کو سرخ رنگ بخشتے ہیں۔ اگر جگر دیا جائے تو ناپختہ خلیات یعنی شبکی خلیات کا ایک لشکر دوران خون میں خارج ہو جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۴۳۶ ب) اور ۸ تا ۱۰ دن میں نقطۂ اعظم کو پہنچتا ہے، اور یہ شبکی خلوی استجابت عدم دمویت کے درجہ سے معکوس نسبت رکھتی ہے۔ عدم دمویت بتدریج اچھی ہو جاتی ہے اور تصویرِ خون طبعی ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے لب عظام حد سے زیادہ فعال ہو جائے چنانچہ دموی شمار تقریباً ۱۰ لاکھ تک پہنچ جاتا ہے۔ خلیات کی حیاتی کیمیائی نوعیت، طبعی کے قریب ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے ایوسین پسندی موجود ہو۔ صحتیابی میں جو تغیرات ہوتے ہیں ان کو شکل ۴۵ میں دکھایا گیا ہے۔ مرض کی انتہا میں صبغۂ صفرا اور حدیدی جماوؤں کی زیادتی کی توجیہ اس واقعہ سے ہوتی ہے کہ ان کو ہیموگلوبن کی تکوین میں کام میں نہیں لایا جا سکتا، لہٰذا وہ مجتمع ہو جاتے ہیں۔ گاہے صریح یرقان اور اس کے ساتھ مثبت وان ڈن برگ کا شعفہ موجود ہوتا ہے۔

433

متلف عدم دمویت کے ساتھ حبل النخاعی کے تحت الحاد ممزوج انحطاط کا تلازم

ا

ج

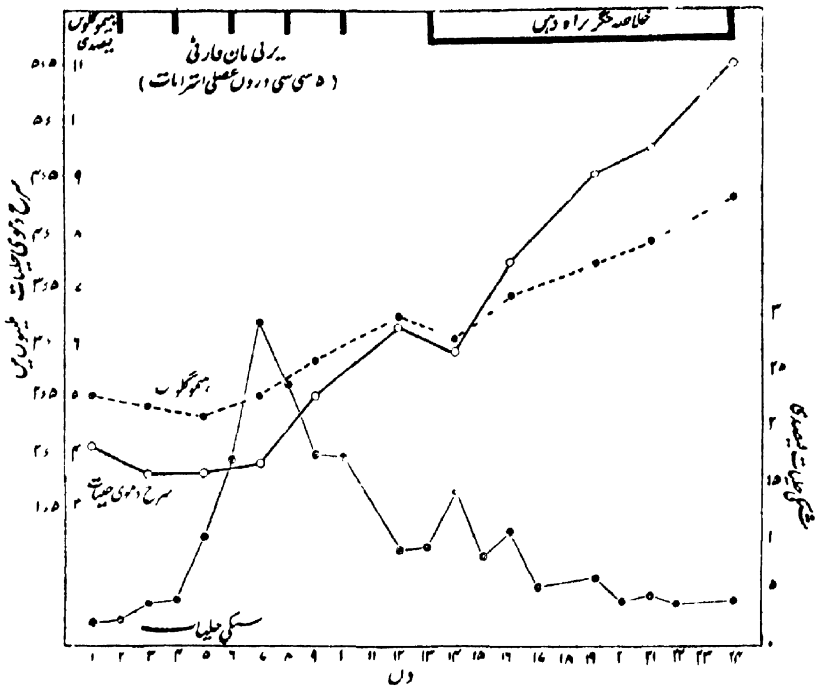
ب

الف - احمر دمویت میں چہرہ کی رنگیں تصویر - نہایت نمایاں اصابتوں میں یرقان اور بھی زیادہ ہوتا ہے۔

ب - منسلف عدم دمویت میں ایک رنگی ہوئی فلم، کبدی علاج کے ابتدائی مراحل میں، جس میں شبکی خلویت دکھائی گئی ہے۔

ج - رصاصی تسمم میں نقطہ دار اساس پسندی۔ (یہ تمثیلات ڈاکٹر ایف - اے - باٹ نے بنائی ہیں)۔

(بالمقابل صفحہ 433)

باہم قریبی تعلق رکھنے والے عوامل کا نتیجہ ہوتا ہے جو کہ حبل النخاعی اور خون دونوں کو ماؤف کرتے ہیں۔ لیکن ان میں سے ہر ایک تاثیر الگ بھی پیدا ہو سکتی ہے، یا ایک تاثیر دوسری کے بعد پیدا ہو سکتی ہے (19)۔

علامات۔ متلف عدم دمویت کا مریض بتدریج کمزور ہو کر شاحب رنگ کا

شکل ۴۵۔ متلف عدم دمویت کی ایک تمثیلی اصابت، جو پہلے خلاصۂ جگر کے پانچ دروں عضلی اشترابات اور پھر اس کو براہ دہن دینے پر اعظم شبکی خلویت اور خون کی باز پیدائش ظاہر کرتی ہے۔ لونی قوت نما میں تغیر یعنی سرخ خلیات کی تعداد کی زیادتی کے مقابلہ میں ہیموگلوبن کی زیادتی تھوڑی ہونا، خوب واضح ہے۔

ہو جاتا ہے۔ اس کی جلد کی رنگت زرد جھلک کی ہو جاتی ہے، جو معمولی عدم دمویت کی

سپید موی جھلک سے مختلف ہوتی ہے۔ بعض اوقات بھوری لونیت کی چھوٹی یا بڑی چکتیاں ہوتی ہیں۔ اس کے ساتھ ہی یہ بھی ہے کہ انتہائی عدم دمویت کی حالت میں بھی مریض دُبلا نہیں ہوتا اور ممکن ہے کہ اس کی تحت الجلد چربی کثیر المقدار ہو۔ نڈھال پن، دماغی اور جسمانی محنت سے تنفر، دوران سر، کانوں میں آوازیں وغیرہ اسی طرح ہوتی ہیں جیسی کہ دوسرے اقسام کی علیم دمویت کے بیان میں درج کی گئی ہیں، اور علاوہ ازیں محنت کرنے پر بُہر، اختلاج قلب اور درد قلب ہوتا ہے۔ مریض زبان کے زخمی ہونے کی شکایت کرتا ہے، اور ممکن ہے کہ زبان میں آبلے اور سرخ چکتیاں ہوں۔ کہنہ اصابتوں میں ممکن ہے کہ 434 زبان میں حلیمات خیطیہ کا ذبول، بلکہ انشقاقات بھی ہوں۔ عدم اشتہا اور سوء الہضمی، علائمیہ (جو ملاحظہ ہو) کثیر الوقوع ہیں۔ معدی رس میں آزاد ہائڈرو کلورک ایسڈ بالکل غیر موجود ہوتا ہے۔ گاہے گاہے وہ علاج کے بعد دوبارہ پیدا ہو جاتا ہے۔ پیشاب کا رنگ یوروبائلین کی زیادتی کی وجہ سے بہت گہرا ہوتا ہے، لیکن اس میں البیومن نہیں ہوتا۔ طحال کی کلانی ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ شبکیہ میں کثیر التعداد چھوٹے چھوٹے نزفات نظر آئیں، جو قرص بصری کے گرد بہ کثرت ہوتے ہیں۔ یہ مخطط، یا شعلہ نما ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ ان کے ساتھ سپید دھبے بھی موجود ہوں۔ دوسرا ممیز خاصہ تپ ہے، جس سے ۱۰۱ یا ۱۰۲ درجہ کی تپش حاصل ہو سکتی ہے، لیکن عموماً یہ تپ بے قاعدہ ہوتی ہے ممکن ہے کہ تپ کئی دنوں تک موجود رہی ہو، اور موت سے پہلے اکثر تپش تحت الطبعی ہوتی ہے۔ بعض اوقات جگر بڑھا ہوا اور الیم ہوتا ہے۔ خون نہایت شاحب ہوتا ہے، اور سرخ جسیمات کم ہو کر فی مکعب ملی میٹر ...... ۲۵ بلکہ ...... ۵ یا اس سے بھی کم ہو جاتے ہیں۔ لیکن ہیموگلوبن کی کمی نسبتاً کم ہوتی ہے۔ چنانچہ لونی قوت نما عموماً ایک سے زائد ہوتا ہے، اور اس کی وجہ یہ ہے کہ انفرادی جسیمات معمول کے نسبت بڑے ہوتے ہیں۔ تاہم اتنی کم قدریں کہ بعض اوقات ۷، ، تک بھی پائی گئی ہیں۔ بوقلموں خلیے کسی دوسری حالت کے نسبت اس میں زیادہ کثیر التعداد ہوتے ہیں۔ عموماً چند لونات دار خلیے، بالخصوص کبیر ناضجات موجود ہوتے ہیں، لیکن کثیر الاشکال لونی سپید خلیات عام طور پر معمول کے نسبت کم تعداد میں ہوتے ہیں۔ پر آئش جونس کا دموی ترویج منحنی ممیز ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ قابلیت ترویب میں کمی ہو، لیکن جسیمات کے بھربھرے پن میں

کوئی زیادتی نہیں ہوتی یا کم زیادتی ہوتی ہے۔

متلف عدم دمویت کے مریضوں میں اکثر ٹانگوں کا سُن پن اور کمزوری، عدم اتساق، متغیر رُکبی جھٹکے، اور حاد ممزوج انحطاطِ نخاع کے دوسرے علامات پیدا ہو جاتے ہیں، بلکہ ممکن ہے کہ عدم دمویت سے بہت پہلے نخاعی علامات ظاہر ہو جائیں۔ بعض اوقات ذہنی اختلالات دیکھے گئے۔

تشخیص۔ متلف عدمِ دمویت کی ہر مفروضہ اصابت میں یہ اہم ہے کہ نہایت احتیاط کے ساتھ عضوی مرض، مثلاً سرطانِ معدہ کی جستجو کی جائے جو بعض اوقات اس کے ساتھ موجود ہوتا ہے، اور عفونت کے مرکزوں کی جستجو بھی کی جائے، اور بعض حالات میں براز کے معقول امتحان کے ذریعہ معائی کرموں (جو.بی رابیہ bothriocephalus.) یا اسپرو (sprue) کی موجودگی کو خارج از بحث کر دیا جائے۔
متلف عدم دمویت کے ممیز خصائص یہ ہیں: مصل کے اندر صبغۂ صفرا کی موجودگی جس سے متلف عدم دمویت کا زرد رنگ پیدا ہو جاتا ہے، تصویرِ خون مع اس کے بلند لونی قوت نما کے، اور خلوی توزیع کا تمثیلی منحنی، اور بے ترشگی۔ یہ سب اُسے اخضریت اور دوسری عدم دمویتوں سے تمیز کرنے میں مدد دیتے ہیں۔ کبر خلویت جو کہ مرض کی ممیز ہے، ہالۂ انعطاف کے طریقہ (refraction halo method) کے ذریعہ ظاہر کی جا سکتی ہے۔ تختی پر ایک پتلی سی دموی فلم اس طرح بنائی جاتی ہے کہ جسیمات باہم متراکب نہ ہوں۔ اس کو روشنی کے سامنے رکھنے پر ایک مستدیر ہالہ دکھائی دیتا ہے، جس کا مقابلہ ایک طبعی فلم سے حاصل کردہ ہالہ سے کیا جاتا ہے۔ ایک نسبتۂ چھوٹا ہالہ کبر خلویت کی دلیل ہے۔

انذار۔ یہ اصابتیں دموی جوہر کے ذریعہ علاج کرنے پر امید افزا جبلیت ظاہر کرتی ہیں، اور تحت الحاد ممزوج انحطاط کی ابتدائی علامتیں غائب ہو جاتی ہیں، اگرچہ اس کے لئے جگر کی نسبتۂ بڑی مقادیر ضروری ہوتی ہیں، اور جب عصبیے حقیقۃً تلف ہو گئے ہوں تو یہ علاج کوئی فائدہ نہیں کرتا۔ یہ علاج غیر متعین مدت تک جاری رکھنا چاہیئے۔

علاج۔ مائنات (Minot) اور مرفی (Murphy) کی جگر کے علاج کی ایجاد کا

مقابلہ اُس انقلابِ عظیم کے ساتھ کیا جا سکتا ہے جو انسولین کے انکشاف نے ذیابیطس کے علاج میں پیدا کر دیا ہے۔ اِس علاج کا فعلیاتی نقطۂ نگاہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے۔ پاؤ بھر ہلکا پکا یا ہوا جگر روزانہ براہ دہن دیا جاتا ہے۔ اُس کا مزہ چھپانے کے لئے اُس کے ساتھ آنکوی پیسٹ (anchovy paste) یا لحمی خلاصہ جات (meat extracts) ، مثلاً باورل (Bovril)، یا نارنگی کا رس ملا کر دے سکتے ہیں۔ یا اسکو کاٹ کر لوندے بنائے جا سکتے ہیں، اور ان کو رائس پیپر (rice-paper) میں لپیٹ کر سالم نگلا جا سکتا ہے۔ کچے معدۂ خنزیر کے چھ اونس اس کے معادل ہیں۔ خلاصۂ جگر سفوف یا مائع کی شکل میں بھی لیا جا سکتا ہے، لیکن تحت الحاد ممزوج انحطاط کو شفا دینے کے لئے یہ اتنا مفید نہیں ہے۔ خلاصۂ جگرِ ماہی نہایت ہی قوی ہے۔ مجفف معدۂ خنزیر بھی لیا جا سکتا ہے۔ لیکن یہ تجہیزات بعض اوقات غیر فعال ثابت ہوئی ہیں۔ متلف عدم دمویت کی بعض اصابتیں علاج سے اثر پذیر نہیں ہوتیں کیونکہ معاء سے دموی جوہر جذب نہیں ہوتا۔ ایسی حالت میں اشرابات کرنے ضروری ہیں، اور دروں عضلی (یا زیر جلدی) اور دروں وریدی اشرابات کے لئے خلاصہ جات جگر مل سکتے ہیں۔ اگر پھر بھی مجیبیت نہ ہو، تو تجہیز غالباً غیر فعال ہے۔ یہ تجہیزات ایسی مقداروں میں تجویز کی جاتی ہیں کہ وہ اس جگر کے اصلی وزن کے معادل ہوں کہ جس سے وہ لی گئی ہیں۔ اب ایسے خلاصہ جات جگر مل سکتے ہیں کہ مریض کو صحت کی حالت میں رکھنے کے لئے ہر چار یا آٹھ ہفتوں کے بعد ایک مرتبہ ان کا اشراب کرنے کی ضرورت ہے۔ ابتدائی درجوں میں ایک پونڈ جگر کا خلاصہ دینے کی ضرورت پیش آتی ہے، تاہم مابعد درجوں میں اُس مقدار کو گھٹا کر ½ پونڈ یا اُس سے بھی کم کیا جا سکتا ہے۔ وقتاً فوقتاً دموی شمار یا دآن (؟) ن رنگ کا امتحان کرنا مناسب ہے۔ اس علاج سے چند ہی روز کے اندر مریضوں کی حالت بہتر ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ بالآخر اُن کا رنگ غیر معمولی طور پر گلفام ہو کر اُن کے پہلے پھیکے درد رنگ سے بالکل برعکس ہو جائے۔ عفونت کے سرچشموں کا تدارک بھی ضروری ہے، خواہ یہ عفونت دانتوں، لوزتین، یا انفی تجاویف کے باعث ہو۔ ممکن ہے نہایت خطرناک اصابتوں میں ابتداءِ علاج میں نقل الدم

485

عمل میں لانا قرین مصلحت ہو خاص کر اگر تپش بلند ہو۔ "بیرونی عامل" گیہوں کے بیج اور لہن بوزہ گراں کے الکحلی خلاصہ اور مارمایٹ (marmite) (5) میں موجود ہوتا ہے اور اگر معدہ میں "درونی عامل" کی کافی مقدار موجود ہو تو اُن اشیا کے دینے سے بہت فائدہ ہوگا، یا ممکن ہے کہ ابتدائی علاج کے بعد "درونی عامل" کی اتنی مقدار پیدا ہو جائے کہ مارمایٹ کو تنہا دیا جا سکے (6)۔

دوسری کبیر خلوی عدم دمویتیں۔ یہ متلف عدم دمویت سے مشابہ ہوتی ہیں اور بعض کو بعینہٖ متلف عدم دمویت تصور کیا جا سکتا ہے۔ بائلی روبین دمویت اکثر اتنی نمایاں نہیں ہوتی، اور بعض اوقات بائلی روبین دمویت اور ایک خرد خلوی علم دمویت موجود ہوتی ہے۔

ان کے اسباب یہ ہیں:۔ قرحہ یا سرطان کی وجہ سے معدہ کا جزوی استیصال ناقص معوی انجذاب، معدی قولونی ناسور، معا صغیر کا جزوی استیصال، معائی ضیق اور تدرنی تقرح، شحمی اسہال بشمول شکمی مرض کے، اسپرو (sprue) اور دو برگی جو بیہ عریضہ (diphyllobothrium latum) (18)۔ ان میں سے بہت سی اصابتوں میں بے ترشگی موجود ہوتی ہے، جو اس وقت جب کہ مریض کی حالت میں اصلاح ہو جاتی ہے، رفع ہو جاتی ہے۔

غیر تکوینی عدم دمویت (aplastic anæmia)۔ یہ مرض سالورسان اور بنزال کے دوسرے مرکبات کے تسمم (20) سے، اور لاشعاعوں میں حد سے زائد تکشف سے پیدا ہو سکتا ہے۔ لب عظام کی سرایت ثانوی ہو سکتی ہے (21)۔ سرخ جسیمات اور ہیموگلوبن معمول کے تقریباً ۲ فی صدی تک گھٹ جاتے ہیں اور کوئی قوت نما تقریباً اکائی ہوتا ہے۔ نوات دار سرخ جسیمات اکثر نہیں ہوتے۔ کثیر الاشکال نواتی خلیوں کی تقلیل کے باعث قلت جسیمات سپید ہو جاتی ہے۔ لُبِ عظام متلف عدم دمویت کے لُبِ عظام سے عجیب طور پر اختلاف رکھتا ہے اور پھیکے رنگ کا اور شحمی ہوتا ہے اور خون کی باز پیدائش کے تمام امارات سے معرا ہوتا ہے۔ چنانچہ لُبِ عظام کی عدم تکوین ہوتی ہے، جو مرض کا اولی سبب شمار کی جاتی ہے۔ بعض اصابتوں (نزفی نا سفید دمویت

(aleukia hæmorrhagica = میں دموی لوحیوں کی بہت کمی یا کامل غیر موجودگی بھی ہوتی ہے، اور اسی کے ساتھ ایک شدید نزفی رجحان ہوتا ہے اور عرصۂ ادماء میں تاخیر ہوتی ہے لیکن عرصۂ ترویب میں نہیں ہوتی۔ یہ حالت شدید قسم کے پرپیورا سے مماثل ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 445)۔ جگر کے علاج سے کامیابی نہیں ہوتی، کیونکہ فساد تکوین الدم کے سب سے ابتدائی درجے میں واقع ہوتا ہے (شکل ۵۲)۔ مکرر (۳۰۰ دفعہ تک) نقل الدم کرنے سے ایک مریض کو سات سال تک زندہ رکھا گیا ہے جو اب بھی زندہ ہے (34)۔

غیر ذراتی خلویت (قلت جیمات تعدیل پسند)۔ یہ ایک متجانس حالت ہے جس کی زیادہ تر خصوصیت سفید گوں (ذراتی) خلیات کی تقلیل ہے جس کے ساتھ حلق کی شدید سرایت زدگی ہوتی ہے [جو کہ غیر ذراتی خلوی ذبحہ (agranulocytic angina) ہے] مثلاً ونسنٹ (vincent) کا ذبحہ یا دیگر سرایت۔ یہ رائے دی گئی ہے کہ دموی حالت اولی ہے اور یہ کہ سرایت زدگی اس لئے ہوتی ہے کہ قلت جیمات تعدیل پسند کا نتیجہ قوت مدافعت میں تخفیف ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ عدم تکوینی عدم دمویت ممکن ہے ہو یا نہ ہو۔ لمفی خلیات ممکن ہے طبعی رہیں یا ممکن ہے کچھ تخفیف ظاہر کریں۔ لیکن ممکن ہے پہلے پہل یک نواتی خلویت موجود ہو (10)۔ نکسات کئی سال تک ہوتے رہتے ہیں، اور بسا اوقات ان کے ساتھ سرایت زدگی بھی ہوتی ہے۔ یہ رائے دی گئی ہے کہ اس مرض کی زیادتی، ایمیڈوپائرینا (amidopyrina) (pyramidon) کے یا باربٹیوریٹ (barbiturate) کے ساتھ اس دوا کے امتزاج (11) کے عام رواج کے ساتھ ہمزمان پائی گئی ہے۔ لب عظام میں ناقص تکون ظاہر ہوتا ہے جس کے ساتھ ذراتی خلوی خلیات کی عدم موجودگی پائی جاتی ہے۔ غیر ذراتی خلوی ذبحہ میں شرح اموات ۵۰ فی صدی سے اوپر ہوتی ہے، لیکن جب اس کا علاج پینٹوس نیوکلیوٹائیڈ K96 (pentose nucleo-tide, K96) کے ذریعہ کرکے کثیر الاشکال تکوین کو ہیجان میں لایا جاتا ہے تو یہ شرح گھٹ کر ۲۵ فی صدی (8) ہوگئی ہے، اگرچہ بعض اصابتیں بالکل کوئی مجیبیت ظاہر نہیں کرتیں (9)۔

بچپن کی غیر تکوین الدموی عدم دمویتیں۔ یہ فی الجملہ بالغ عدم دمویتوں کے ساتھ مشابہ ہوتی ہیں۔

کبیر خلوی عدم دمویتیں شاذ ہیں، لیکن وہ دو برگی جو بہ عریضہ کی سرایت میں اور شکمی مرض میں بیرونی عامل کی عدم موجودگی کے باعث پائی گئی ہیں، چنانچہ مارمائٹ دینے سے شفایابی ہو گئی ہے، کیونکہ بیرونی عامل اس میں موجود ہے۔

خرد خلوی عدم دمویتوں میں سے سب سے پہلے اس عدم دمویت کی طرف توجہ مبذول کی جاتی ہے جو کہ اسکروی اور قمائت (cretinism) سے پیدا ہوتی ہے، اور علی الترتیب حیاتین ج اور درقیہ دینے سے شفایاب ہو جاتی ہے۔ شکمی مرض بالعموم اسی قسم کی عدم دمویت پیدا کرتا ہے۔ عام ترین عدم دمویتیں وہ ہیں جو کہ تعذیتی ہیں، اور ان میں ایک اہم عامل یہ ہے کہ اگرچہ ولادت پر جسگر اور طحال میں کثرت سے لوہا موجود ہوتا ہے، تاہم رضاعت کے دوران میں یہ ذخیرہ بتدریج کم ہو جاتا ہے، کیونکہ دودھ میں بہت کم لوہا ہوتا ہے، اگرچہ پستانی دودھ میں گائے کے دودھ کی بہ نسبت یہ زیادہ ہوتا ہے۔ زمانہ شیر خواری کی عدم دمویت کی وجوہات مندرجہ ذیل بھی ہو سکتی ہیں:۔ ماں کی عدم دمویت کے باعث لوہے کا قبل الولادتی ذخیرہ قلیل ہو یا ولادت قبل از میعاد ہو جائے قبل اس کے کہ یہ ذخیرہ مکمل ہو یا توام حمل میں لوہے کی احتیاج تقریباً دوگنی ہو۔ یا لوہے کی بعد الولادتی رسد قلیل ہو یعنی دودھ میں لوہے کی قلت ہو، یا طویل مدت تک دودھ پلایا جائے۔ علاج اس کا وہی ہے جو کہ سادہ بے ترشہ عدم دمویتوں کے لئے ہوتا ہے یعنی فیرس سلفیٹ (۲ گرین) گلوکوس اور شاید ذرا سے تانبے کے ہمراہ پانی میں گھول کر دن میں تین مرتبہ دینا۔ تانبے کا فعل یہ ہے کہ یہ اس لوہے سے جو کہ جگر میں مذخور ہوتا ہے، ہیموگلوبن تیار کرنے میں مدد دیتا ہے (15)۔

اس کتاب کی سابقہ ایڈیشنوں میں وان یکس (Van Jaksch) کی رضیعی کاذب بیض دموی عدم دمویت (زمانہ شیر خواری کی طحالی عدم دمویت) ایک مستقل مرض کے طور پر بیان کی گئی ہے۔ خون میں سفید خلیات کی زیادتی .... ۲۰ تک پائی جاتی ہے، جن میں چند لمبی خلیات پائے جاتے ہیں۔ جگر اور

طحال بڑے ہوئے ہوتے ہیں۔ یہ حالت غالباً شیرخوار بچہ کے لب عظام کی وہ مجیبیت ہی جوکہ وہ عدم دمویت پیدا کرنے والے مختلف عوامل کی طرف ظاہر کرتا ہے، خاص طور پر سرایت کی طرف، اور ایک مریض میں تمثیلی بے صفرا بولی یرقان پیدا ہوگیا (16)۔

آتلاف الدموی عدم دمویتیں

(HÆMOLYTIC ANÆMIAS)

آتلاف الدموی عدم دمویتوں کا ایک گروہ خاندانی ہے اور اس میں بے صفرا بولی خاندانی یرقان، داسی خلوی عدم دمویت، جوکہ یرقان، غدی کلائیوں اور ٹانگوں پر قرحات کے ہمراہ حبشیوں میں پائی جاتی ہے، شیرخوار بچوں کی نہایت ہی شاذ احمونا ھضی عدم دمویت، اور نوزائیدوں کا خطرناک یرقان شامل ہیں۔ پھر مختلف سرایتیں، جن میں گیس گنگرین سب سے خراب عدم دمویت پیدا کرتی ہے، مزمن تقیح، اطالت پذیر حمیات، سبھی بنتی مرض بشمول نفاسی تپ کے، حادر ثیت، ساری التہاب دروں قلبہ جوکہ اور طی بازروی کے ساتھ متلازم ہوتا ہے، تدرن، آتشک بشمول دوری ہیموگلوبن بولیت کے، ملیریا ہے۔ اور پھر زہر مثلاً مشتقات اینی لائن، رصاصی تسمم، اور مکرر نقل الدم، اور سب سے آخر میں حمل ہے۔

علامات۔ اگر آتلاف خون سرعت سے ہو تو ہیموگلوبن دمویت اور یرقان پیدا ہوجاتے ہیں۔ لونی قوت نما، لب عظام کی مجیبیت کی نوعیت پر منحصر ہوتا ہے، جیساکہ پہلے بیان کیا جاچکا ہے، اور زوردار مجیبیت کی حالت میں شبکی خلویت اور نواۃ دار سرخ خلیات دیکھے جاتے ہیں۔ بسا اوقات جگر اور طحال کی اور کبھی کبھی لمفی غدد کی کلانی واقع ہوجاتی ہے۔

بے صفرابولی یرقان
(acholuric jaundice)

مزمن کلاں طحالی اتلاف الدموی یرقان
(chronic splenomegalic hæmolytic jaundice)

یرقان کی اس مقابلتہً شاذ شکل میں قناتوں کا تسدد نہیں ہوتا، کیونکہ براز کا رنگ طبعی رہتا ہے اور قارورہ، قطع نظر شدید حملوں کے صبغۂ صفرا سے معرا ہوتا ہے۔ لیکن اس میں یورو بائلین موجود ہوتی ہے۔ اس کے برعکس دموی مصل میں صبغۂ صفرا موجود ہوتا ہے، مگر وہ یورو بائلین یا یورو بائلینوجن سے معرا ہوتا ہے۔ اس سے وان ڈن برگ کا بالواسطہ امتحان حاصل ہوتا ہے۔ اولی سبب سرخ خلیوں کا ایک نقص ہے، جو زیادہ بھربھراپن ظاہر کرتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 428)۔ طحال ان خلیات کو تعداد کثیر میں تلف کرتی ہے، اور خون میں کا صبغۂ صفرا ان خلیوں کے ہیموگلوبن سے آتا ہے۔ اگر خون کی تعویضی باز پیدائش ناکافی ہو تو مریض عدیم الدم ہو جاتا ہے۔ نسیجیاتی لحاظ سے طحالی لب میں کثیر التعداد طبعی منظر رکھنے والے سرخ خلیے موجود ہوتے ہیں، اور فاعلی دم پاش درجہ میں آزاد صبغۂ آہن موجود ہوتا ہے۔ اجواف نسبتہً خالی ہوتے ہیں۔ یہ مرض پیدائشی اور اکتسابی دو شکلوں میں ہوتا ہے۔

437

بے صفرابولی خاندانی یرقان (acholurie familial jaundice)۔ یہ یرقان جو خاندان کے متعدد ارکان میں ہوتا ہے، اکثر پیدائش کے بعد فوراً دیکھا جاتا ہے، یا بعد میں بتدریج نمو یاب ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ سالہا سال تک جاری رہے، یا یہ صاف ہو کر وقتاً فوقتاً پھر ہوتا رہتا ہے۔ مریض عدیم الدم ہوتا ہے۔ سرخ خلیے گھٹ کر ......۳۰ یا ...... ۳۵ ہو جاتے ہیں، اور معتدل درجہ کی بوقلموں خلویت، خلوی لا تساوی، متعدد الوان پسندی اور نقطہ دار اساس پسندی ظاہر کرتے ہیں۔ اور نوات دار سرخ خلیے بھی موجود ہوتے ہیں۔ شبکی خلویت ۵ فی صدی سے زائد ہونا، ایک ممیز خاصہ ہے۔ سرخ خلیات چھوٹا قطر رکھتے ہیں لیکن طبعی سے زیادہ دبیز ہوتے ہیں۔ ہیموگلوبن ۵۰ یا ۴۵ فی صدی تک گھٹ جاتی ہے

اور لونی قوت نما اکائی سے قدرے کم ہوتا ہے ۔ سپید خلیے عموماً معمول کے نسبت کم تعداد میں ہوتے ہیں، لیکن بعض اوقات سپید خلیوں کی کثرت ہوتی ہے بعض اوقات لمفی خلیوں کی تعداد حد سے زائد ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ چند لبی خلیے بھی موجود ہوں ۔ طحال بڑھی ہوئی ہوتی ہے اور معلوم ہوتا ہے کہ مرضی حالت کی ترقی کے ساتھ اس کی سختی بڑھتی جاتی ہے ۔ جگر محض خفیف سا بڑھا ہوا ہوتا ہے، اور اس کا الہیب ہونا نامعلوم ہے ۔ وہ اکثر اشتداد مرض کے دوران میں بڑا ہوکر بعد میں چھوٹا ہوجاتا ہے ۔ دوران طفلی میں مریض عموماً اس طرح ٹھٹھرے ہوئے نہیں ہوتے جیسے کہ کلاں طحالی کہبت میں ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 397)، اور نہ اُن کی انگلیاں گرزشکل ہوتی ہیں ۔ مزید برآں ممکن ہے کہ یہ عارضہ اُن کے لئے چنداں تکلیف دہ نہو، اور وہ سالہا سال تک زندہ رہیں ۔ نئی احمر ناہضی بافت، لب عظام کے باہر پیدا ہو سکتی ہے ۔ سینہ میں یہ تودے لاشعاعوں کے ذریعہ دیکھنے پر دروں صدری لونمایہ سے خلط ملط ہو سکتے ہیں ۔ سنگہائے صفرا کا رجحان بھی پایا جاتا ہے ۔

اکتسابی بے صفرا بولی یرقان (acquired acholuric jaundice)-

مرض کی اس شکل میں علامات بالغ زندگی میں غیر محسوس طور پر پیدا ہو جاتے ہیں ۔ عدم دمویت اکثر نمایاں ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ سرخ جسیمات گھٹ کر ۲۰۰۰۰۰۰ یا ۱۵۰۰۰۰۰ یا اس سے بھی کم ہو جائیں ۔ لونی قوت نما بعض اوقات متلف عدم دمویت کی طرح اکائی سے اوپر ہوتا ہے ۔ یرقان اکثر بہت خفیف، اور طحال بڑھی ہوئی ہوتی ہے ۔ سرخ جسیمات کا بھُربھُراپن چند اصابتوں میں طبعی ہوتا ہے ۔ مرض کی دونوں شکلوں میں، لیکن بالخصوص اکتسابی شکل میں، دَم یا شدیدگی کے اشتدادات واقع ہوتے ہیں، اور منظر خون متلف عدم دمویت سے مشابہ ہوتا ہے ۔

علاج ۔ متلف عدم دمویت کی طرح جگر سے علاج کرنا چاہئے، بالخصوص اُس وقت جب کہ سرخ خلیات ویسے ہی ممیز تغیرات ظاہر کریں ۔ اکتسابی اور پیدائشی دونوں اصابتوں میں طحال کا استیصال کر دینے سے شفا ہو گئی ہے، اور اگر عدم دمویت شدید ہو تو اسی کو انجام دینا چاہئے ۔ یہ امر یاد رکھنے کے قابل ہے کہ اگر تندرست جانوروں میں طحال کا استیصال کر دیا جائے تو جسیمات کا طبعی بھُربھُراپن

کم ہوجاتا ہے۔ لیکن بے صفراوی یرقان میں یہ بھربھرا پن، عملیہ کے بعد کم نہیں ہوتا۔
لیڈرر (Lederer) کی اتلاف الدموی عدم دمویت، یہ عدم دمویت کی ایک شاذ قسم ہے، جو کہ بچوں میں زیادہ عام ہے، اور جس میں آتلاف الدموی عدم دمویت نہایت یکایک ظاہر ہوجاتی ہے۔ جگر اور طحال بڑے ہوجاتے ہیں۔ بالعموم ابیض خلویت ہوتی ہے جو کہ فی مکعب ملی میٹر ۴۰۰۰۰ تک پہنچ سکتی ہے۔ بسا اوقات معدی معائی علامات موجود ہوتے ہیں۔ نقل الدم کے ذریعہ علاج کرنے پر سرعت کے ساتھ شفایابی ہوجاتی ہے۔

طحالی عدم دمویت

(splenic anæmia)

یہ نام اُن متعدد اصابتوں کو دیا گیا ہے جن میں طحال کی بڑی کلانی کے ساتھ عدم دمویت ہوتی ہے۔ اِن کی مختلف امراضیات کا بیان صفحہ 454 پر درج کیا گیا ہے۔ لیکن بعض اصابتوں میں یہ مرض بلا شبہ آتشکی ہوتا ہے۔ اور بابی رقبہ میں بلند فشار خون پایا جانا ایک اہم امر ہے۔

علامات۔ پہلا واقعہ یا تو ایک عمومی عدم دمویت، یا قئے الدم کا ایک حملہ ہے، یا بائیں جانب میں درد کی کوئی شکایت ہوتی ہے، جو غالباً گرد طحالی التہاب کے حملوں کے سبب سے ہوتی ہے۔ پہلے پہل مشاہدہ کرنے پر طحال اکثر بڑی جسامت کو پہنچ چکی ہوتی ہے، اور دورانِ مرض میں وہ اتنی کافی بڑی ہوسکتی ہے کہ سامنے ناف تک اور نیچے حرقفی عرف تک پھیلی ہوئی ہے۔ عدم دمویت بہت زیادہ، اور اخضریت کے قسم کی ہوتی ہے، سرخ جسیمات ۲۰۰۰۰۰۰ سے لیکر ۳۰۰۰۰۰۰ تک جولانی رکھتے ہیں، اور ہیموگلوبن ۳۵ سے ۵۰ فی صدی تک۔ لونی قوت نما ایک سے کم ہوتا ہے، لیکن عموماً ۰.۶ سے کم نہیں ہوتا۔ سپید جسیمات طبعی کے نسبت عموماً کم تعداد میں ہوتے ہیں (قلت جسیمات سپید)، اور اکثر صرف ۴۰۰۰ یا ۵۰۰۰ فی مکعب ملی میٹر۔ ممکن ہے کہ طبعی ناسفات اور چند کبیر ناسفات موجود ہوں۔
یہ مرض ایک طویل عمر لے کرتا ہے، اور اکثر تین یا چار سال تک، اور بعض

اوقات دس یا بارہ سال تک جاری رہتا ہے، اور عدم دمویت آہستہ آہستہ بڑھتی جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ قئ الدم مکرر ہو اور دوسرے نزفات، جیسے کہ رُعاف یا شبکیتی نزف واقع ہوں۔ جگر بڑھا ہوا ہوتا ہے اور ہاضمہ کی تکلیفیں ہوتی ہیں لیکن لمفائی غددکی کلانی نہیں ہوتی، اور بالعموم تپ بھی نہیں ہوتی۔ بعض اصابتوں میں جلد کی نمایاں لونیت پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ مرض دونوں صنفوں میں، اور بچپن سے لے کر آخری ادھیڑ عمر تک ہر سن میں ہوتا ہے۔ بعض اصابتوں میں ایک طویل عرصہ کے بعد جگر اور بھی زیادہ بڑا ہو جاتا ہے اور واضح طور پر اکہب ہوتا ہے۔ پھر اسکے بعد استسقاء شکمی ہو جاتا ہے، اگرچہ یہ بعض اوقات کہبت کے بغیر بھی ہو جاتا ہے۔ جگر کی واضح کہبت اور استسقاء شکمی کا متزاد ہونا عموماً مرض بینٹی (Banti's disease) کے نام سے یاد کیا جاتا ہے۔

دوسری اصابتوں میں طحالی عدم دمویت کے ساتھ طحالی وریدوں کی علقیت پائی جاتی ہے۔ کہنہ اصابتوں میں مزمن گرد کبدی التہاب اور گرد طحالی التہاب ہمیشہ موجود ہوتے ہیں۔

تشخیص۔ ممکن ہے کہ یہ مرض غیر بیض دمویتی بیض دمویت، متلف عدم دمویت اور ساری التہاب درون قلبہ کے ساتھ خلط ملط ہو جائے۔ اس کے ممیز خصائص یہ ہیں:۔ اخضریت کی قسم کی عدم دمویت، سپید جسیمات کی قلت، طحال کی بڑی جسامت، بیض دمویت کی عدم موجودگی اور لمفائی غدد کی کلانیوں کی عدم موجودگی، مرض کی طویل مدت، اور نزفات کا وقوع۔ خبیث التہاب درون قلبہ کے ساتھ خلط ملط ہو جانا ممکن ہے، کیونکہ اس آخری مرض میں طحال بہت بڑی اور عدم دمویت بہت نمایاں ہو سکتی ہے، اور ساتھ ہی پر پُورا اور نزفات واقع ہو سکتے ہیں۔ اور طحالی عدم دمویت میں دموی خریرات کا موجود ہونا ممکن ہے۔

کہبت کی اُن اصابتوں میں جن میں عموماً طحال بڑی ہوتی ہے، مرض بینٹی کی تشخیص قائم کرنے کا احتمال بہت زیادہ ہے۔ مصری کلانی طحال (Egyptian splenomegaly) (جو ملاحظہ ہو) سے اس مرض کی مشابہت کو بھی یاد رکھنا چاہیئے۔

علاج ۔ لوہا اور سنکھیا بے کار ہیں ۔ اور اگر کچھ عرصہ مشاہدہ کے بعد تشخیص قایم ہو جائے تو طحال کا استیصال کر دینا جائز ہے ۔ اگرچہ یہ نزف کے خطرے سے خالی نہیں، تاہم بعض اصابتوں میں پوری کامیابی حاصل ہوئی ہے ۔ بیض دمویت کی طرح اس مرض میں بھی لا انجنی شعاعیں آزمائی جا سکتی ہیں ۔ نقل الدم ایک مفید تخفیفی تدبیر ہے ۔

بیض دمویت

(LEUKÆMIA)

(سفید خلیہ دمویت = leucocythæmia)

یہ نام مرض کی اُن اصابتوں کو دیئے گئے ہیں، جن میں خون کے سپید خلیوں کی مجموعی تعداد میں یا سپید خلیوں کی کسی خاص قسم میں (غیر بیض دمویتی بیض دمویت = aleukæmic leukæmia آگے ملاحظہ ہو) بڑی اور مسلسل زیادتی ہو اور اُس کے ساتھ ہی لب عظام، طحال یا لمفائی غدد میں تغیرات واقع ہوں ۔

بحث اسباب ۔ بیض دمویت کی کسی شکل کا سبب معلوم نہیں ۔ ممکن ہے کہ یہ سپید خلیے پیدا کرنے والے اعضا کی وہ استجابت ہو جو کسی سرایت کے لئے ظاہر ہوئی ہو، یا ممکن ہے کہ وہ محض سپید خلیوں کا لحمی سلعہ ہو ۔ لیکن کبھی کبھی عفونتی حالت کے بعد فوراً بیض دمویت واقع ہو جاتی ہے ۔ لبی خلوی (myelocytic) قسم عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ اور زیادہ تر ادھیڑ عمر میں، گو بعض اوقات بالکل چھوٹے بچوں میں بھی (لیکن شیر خواروں میں شاذ ہی) واقع ہوتی ہے ۔ لمفی خلوی (lymphocytic) بیض دمویت نوعمر اشخاص میں زیادہ عام ہوتی ہے ۔

امراضیات ۔ سفید گوں خلیات یا لمف آسا خلیوں کی از حد زائد پیدائش ہو کر مرض کی دو ممیز شکلیں پیدا کر دیتی ہے اور دوران خون میں سپید خلیوں کی غیر پختہ شکلوں کا ایک لشکر جمع ہو جاتا ہے ۔ ممکن ہے کہ مرض کی مختلف قسموں میں لب عظام

طحال اور لمفائی غدد، یہ سب سپید خلیوں کو فاعلی طور پر پیدا کرنے کا فعل اختیار کریں۔ جب یہ فعل جاری رہتا ہے تو طبعی ذخیروں پر اور بھی زیادہ دباؤ پڑتا ہے اور یہ خلیے خون کے اندر اور بھی زیادہ اولین شکل میں بھیج دئیے جاتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں طبعی ذخیروں کی اِس بڑھی ہوئی فعالیت کے ساتھ غیر معمولی مقامات پر سپید خلیوں کو پیدا کرنے والے تازہ رقبے بن جاتے ہیں جو یا تو لُبّ آسا (myeloid) یا لمف آسا (lymphoid) نوعیت کے ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ دررِیزشیں جلد کے نیچے، یا جسم کے مختلف حصوں میں گرہلیں پیدا کر دیں (گرہلی بیض دمویت nodular leukæmia = یا سلعہ اخضر جو اُن کی سبز رنگت کی وجہ سے اِس نام سے یاد کیا جاتا ہے۔ آگے ملاحظہ ہو)۔ لمفی لحمی سلعہ کے ساتھ قریبی تعلق ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 441)۔ 439

بیض دمویت میں اساسی تحوّل زیادہ ہوجاتا ہے۔ کیمیائی امتحان، خون میں یورک ایسڈ کی نہایت زیادتی ظاہر کرتا ہے، جس کے متعلق یہ باور کیا جاتا ہے کہ یہ سفید خلیات کے اتلاف سے پیدا ہوتا ہے۔

لبّی خلوی بیض دمویت

(MYELOCYTIC LEUKÆMIA)

طحالی لبی، سفید گوں، لب آسا، یا ذراتی بیض دمویت، لبی خلوی دمویت

(spleno-medullary, leucoid myeloid, or granular leukæmia ; myelocythæmia)

خون کی حالت۔ بیض دمویت کی خوب نمایاں مثالوں میں جب خون زخم سے نکلتا ہے تو شاحب اور پتلا ہوتا ہے، اور جیسا کہ موت کے بعد دیکھا جاتا ہے، وہ پھیکے رنگ کے پیپ جیسے تھکّے بنا دیتا ہے۔ سپید جسیمات فی مکعب ملی میٹر بجائے ۸۰۰۰ یا ۹۰۰۰ کے ۲۰۰۰۰ سے ۹۰۰۰۰ تک ہوتے ہیں، اور سرخ جسیمات ۳۰۰۰۰۰۰ سے لے کر ۲۰۰۰۰۰۰ تک، یا بلکہ اتنے کم کہ ۱۰۰۰۰۰۰ ہوسکتے ہیں۔ نوات دار سرخ خلیے کثیر التعداد ہوتے ہیں۔ لونی قوت نما اکائی سے کم ہوتا ہے، لیکن اگر آخری درجوں میں کبیر نابھنی ردِ عمل ہو تو وہ بلند ہونے کا رجحان رکھتا ہے،

جس میں سرخ خلیے متلف علامِ دمویت کے ممیز خصائص ظاہر کرتے ہیں، لیکن جہاں تک سپید خلیوں کا تعلق ہے منظرِ خون سفید گوں بیض دمویت کا ہوتا ہے، جس میں سفید شمار کسیقدر کم ہوتا ہے۔

مرض کے نسبتۃً ابتدائی درجے میں، بالخصوص جب کہ مرض مزمن ہو، کثیر الاشکال نواتی خلیے نہایت کثیر التعداد ہوتے ہیں۔ اُن میں سے بیشتر معمول کے نسبت بہت بڑے، اور بعض صریحاً انحطاط یافتہ ہوتے ہیں۔ ایسے بعد لبّی خلیے بھی موجود ہوتے ہیں جن کے نوات نعل نما ہوتے ہیں، اور چند تمثیلی ذراتی اور ایوسین پسند لبّی خلیے بھی۔ ایوسین پسند اور مستولی خلیات زیادہ ہوجاتے ہیں، لیکن لمفی خلیے بہت زیادہ نہیں ہوتے نسبتۃً بعد کے درجے میں چند ہی طبعی سپید خلیے موجود ہوتے ہیں لیکن بیش سپید خلیے، لبی خلیے، میش لبی خلیے اور مستولی خلیات بہ کثرت ہوتے ہیں۔ اس کے اور بعد میں لبّی ناہضات کا غلبہ ہوتا ہے۔ اگر مرض سریع ہے (لبی ناهضی بیض دمویت = myeloblastic leukæmia) تو نسبتۃً زیادہ اولیں خلیات، یعنے لبّی ناہضات، ابتدا ہی سے بڑی تعداد میں دیکھے جاتے ہیں، اور دوسرے اقسام کے سپید خلیے غیر موجود ہوتے ہیں، اور دَموی لوحیے بھی کم ہوجاتے ہیں۔

مرضیاتی تشریح۔ طحال کا وزن اکثر ۵ یا ۶ پاونڈ ہوتا ہے، لیکن ۱۸ پاونڈ کا وزن بھی مندرج ہوا ہے۔ وہ یکساں طور پر بڑی ہوجاتی ہے اور اپنی طبعی شکل برقرار رکھتی ہے۔ اُس کی سطح پر اکثر کیسہ کی دبازت کی جھلیاں موجود ہوتی ہیں، اور وہ دیوارِ شکم، ڈایافرام یا متصلہ احشاء سے کم و بیش چپکی ہوئی ہوتی ہے۔ تراشنے پر اُس کا رنگ سرخ ہونے کے بجائے کسیقدر بھورا سا ہوتا ہے، جو یکساں ہوتا ہے، یا سھکوں کی دبازت کی وجہ سے نسبتۃً پھیکے رنگ کے خطوط کے نشان موجود ہوتے ہیں۔ وہ چکنی، سخت اور خشک ہوتی ہے۔ اکثر اوقات بڑے بڑے فانہ نما معفنات ہوتے ہیں، جو یا تو زرد اور جُبنی یا سُرخ اور نزفی ہوتے ہیں۔ خود طحال میں جو تغیر ہوتا ہے وہ یہ ہے کہ طحالی لُب بہت بڑھ جاتا ہے، جو اُنہیں خلیوں سے پُر ہوتا ہے جو خون میں پائے جاتے ہیں، اور مالفیجی اجسام کے خاکے غیر واضح ہوتے ہیں۔ کہنہ اصابتوں میں ہیکل زیادہ لیفی، اور سھکیں زیادہ دبیز ہوجاتی ہیں۔

جگر بڑھا ہوا ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ اس کی جسامت معمول کے نسبت دُگنی یا تگنی ہو جائے ۔ وہ پھیکے رنگ کا اور چکنا ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ خرد بین کے نیچے سپید خلیوں کی ایک کثیف درریزش (لبیّ خلوی درریزش) ظاہر کرے، جن کی بیشتر تعداد بابی عروق کی توزیع کے گرد واقع ہوتی ہے، لیکن ایک حد تک گرہکی تودوں کی صورت میں بھی ہوتی ہے۔ عروق بھی سپید خلیوں سے پُر ہوتے ہیں۔ گُردے پھیکے رنگ اور رمادی مائل سپید مطروحات ظاہر کرتے ہیں، جو قشری اُنبیبات کے درمیان دھاریوں کی طرح دوڑتے ہیں۔ ممکن ہے کہ التہاب الفم یا التہاب بلعوم، لوزتین کا ورم، اور زبان کی جڑ میں کے جرابات کا ورم، اور معا کے جرابات کا ورم اور تقرح بھی ہو۔ تیموسی (thymus)، درقی (thyroid) اور فوق الکلیہ غدد بھی مرضی ہو سکتے ہیں، اور جلد کی رسولیاں بھی مندرج ہیں۔ بعض اوقات پھیپھڑے نزفی مفعمات پیش کرتے ہیں۔ لبّ عظام زرد اور ریم نما، یا گلابی اور سخت ہوتا اور لبّ کی چربی کے بجائے فاعلی لبّ جیسی ایک بافت پیدا ہو جاتی ہے، جس میں لبیّ خلیات اور لونات دار سرخ خلیے بکثرت ہوتے ہیں اور اُن کے ساتھ بعض اوقات ایوسین پسند خلیے ہوتے ہیں، اور لبیّ ناہضات یا بڑے لمفی خلیے ہوتے ہیں۔ گاہے گاہے دماغی نزف کے علاوہ، دماغ اور نخاع میں منتشر تصلبی تغیرات اور حاد التہاب کے منتشر رقبے پائے گئے ہیں۔ 440

علامات۔ حاد لبیّ ناهضی بیض دمویت (acute myeloblastic leukæmia)- ممکن ہے کہ یہ تمام بیض دمویتوں میں سب سے زیادہ حاد ہو، اور ایک مریض میں مرض کا سارا عمر ایک ہفتہ سے بھی ذرا ہی کم تھا (22) ۔ خون کے اندر لبیّ ناہضات کی تعداد اور عدم دمویت دونوں بہ سرعت زیادہ ہو جاتے ہیں۔ مزمن لبیّ خلوی اشکال کی طرح اس میں بھی کثیر التعداد نزفات ہوتے ہیں۔

مزمن لبیّ خلوی بیض دمویت (chronic myelocytic leukæmia) ۔ بیض دمویت کے ابتدائی علامات میں سے، کثیر التعداد اصابتوں میں، ورم شکم ہے جو کلانی طحال کے باعث پیدا ہو جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ یہ کلانی بلا کوئی امارت ظاہر کئے کچھ عرصہ سے نمویاب ہوتی رہی ہو۔ پھر ممکن ہے کہ

یہ شکم کی ساری بائیں جانب میں متمکن پائی جائے اور ایک مضبوط سخت رسولی بنا دے، جو پیچھے کے طرف پہلو کے اندر پھیلتی ہے، اور اُس کا اگلا حاشیہ نویں ضلعی کرّی کے قریب سے شروع ہو کر ناف کے لبول پر خط درمیانی میں پہنچ جاتا ہے، اور اکثر اوقات اس کے نیچے ۲ یا ۳ انچہ دائیں طرف کو پھیلتا ہے۔ یہ محلِ وقوع اُس کے عروق سے اُس کی چسپیدگی کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے، جو اُسے ایک ایسے دائرے کے محیط کے برابر برابر بڑھنے پر مجبور کرتے ہیں، جس کا مرکز شکلی محوری شریان ہے۔ اُس کا اگلا کنارہ کم و بیش تیز ہوتا ہے اور ایک یا دو کٹاؤ پیش کرتا ہے۔ ابتدائی درجوں میں طحال ملیریائی کلانیوں کی طرح، اور جیسا کہ تپ محرقہ کی بعض اصابتوں میں ہوتا ہے، محض بائیں مراقی خطے میں واقع ہوتی ہے۔ جگر معتدل درجہ تک بڑھا ہوا ہوتا ہے اور دائیں ضلعی حاشیے سے نیچے ۱ یا ۲ انچہ تک محسوس ہو سکتا ہے۔ لبّ عظام کی ماؤفیت بعض اوقات دبانے سے یا تناظر ہڈی کا قرع کرنے سے ایمیت سے معلوم ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ عدم دمویت جس کے ہمراہ جلد اور مخاطی اغشیہ کا شحوب پایا جاتا ہے، تاخیر سے نمودار ہو۔

خون کی متغیر حالت، بھُوا اور نزفات کے وقوع سے ظاہر ہوتی ہے، اور آخر الذکر بالخصوص رُعاف، مسوڑھوں اور منہ سے ادماء اور جلد کے نیچے پر پیورائی دھبوں کی شکل اختیار کر لیتے ہیں، لیکن کبھی کبھی پھیپھڑوں، معدے اور آنتوں، گردوں، یا رحم سے ادماء، یا دماغ کے اندر نزف بھی ہوتا ہے۔ شبکیہ میں بھی نزفات ہوتے ہیں، جہاں وہ ایک چشم بین سے نظر آ سکتے ہیں، اور اُن کے ساتھ سپید دھاریاں اور دھبے بھی ہوتے ہیں، جو کہتے ہیں کہ سپید خلیوں کے تودے ہوتے ہیں۔ شبکیتی وریدیں اکثر نمایاں طور پر پیچدار ہوتی ہیں (بیض دمویتی التہاب شبکیہ = leukæmic retinitis)۔

مرض کا ممر عموماً مترقی ہوتا ہے، یہاں تک کہ اُس کا خاتمہ ہلاکت کے ساتھ ہو جائے، اور وہ چھ ماہ سے پانچ سال تک جاری رہتا ہے۔ خاتمہ کے قریب شحوب زیادہ ہو جاتا ہے، پاؤں اور جسم کے دوسرے حصے اُذیمائی ہو جاتے ہیں، ممکن ہے کہ استسقاء شکلی اور استسقاء الصدر مستزاد ہو جائیں، نبض تیز ہو جاتی ہے، اور اختلاج

اکثر ہوتا ہے۔ کبھی کبھی اسہال ایک نمایاں علامت ہوتا ہے۔ اکثر اوقات کچھ تپ موجود ہوتی ہے۔ بالآخر نقصان خون، نہاکت، اسہال، ذات الجنب، ذات الریہ، شبی التہاب یا اتساع قلب سے، اور کبھی کبھی دماغی نزف سے موت واقع ہو جاتی ہے۔

تشخیص۔ تشخیص کا انحصار کلانی طحال (ملاحظہ ہو صفحہ 453) اور خون کے امتحان پر ہوتا ہے۔ آخر الذکر بالکل ناگزیر ہے۔ اُس وقت بھی جبکہ مریض کا رنگ سرخ ہو، ممکن ہے کہ بیض دمویت نمایاں ہو۔

انذار آخرکار ناموافق ہوتا ہے، لیکن موثر علاج کرنے سے ممکن ہے زندگی طوالت پذیر ہو جائے۔ لیتی ناسفی بیض دمویت ابتدائی مرحلہ میں مہلک ہو جاتی ہے۔

علاج۔ سنکھیا ہی وہ دوا ہے جس سے سب سے زیادہ توقعات پیدا ہو گئی ہیں۔ اُسے بالاستقلال اور جب تک اُس کی برداشت پائی جائے بڑھتی ہوئی مقداروں میں دینا چاہیے، اور اُس کے استعمال سے طحال کی کلانی اور سپید خلیوں کی تعداد بہت کم ہو گئی ہے۔ بنزال (benzol) کے علاج کے تحت سپید خلیوں کی تعداد اور طحال کی جسامت میں حیرت ناک تخفیف دیکھی گئی ہے۔ اُس کی روزانہ معتاد ۳۰، ۶۰، یا ۹۰ قطرے ہیں، جو کیسوں کے اندر روغن زیتون کی مساوی مقدار کے ساتھ لئے جاتے ہیں۔ اِس علاج کو تیلنگ (Selling) نے رائج کیا، جس نے دریافت کیا کہ بنزال کے متعلق کام کرنے والے اکثر سپید خلیوں کی خطرناک قلت کے عارضہ میں مبتلا ہو گئے۔ عمیق لاشعاعی علاج طحالی خطے اور لمبی ہڈیوں (عظم الفخذ) کے بزناسیوں پر لگانے سے سپید خلیوں کی تعداد اور طحال کی جسامت دونوں کو کم کر دینے کا قطعی اثر رکھتا ہے، اور ممکن ہے کہ یہ دونوں طبعی حالت کے ہو جائیں۔ جب سپید خلیوں کی تعداد کم ہو کر ۳۰۰۰۰ اور ۴۰۰۰۰ کے درمیان رہ جائے تو لاشعاعوں کا لگانا موقوف کر دینا چاہیے، کیونکہ اُن کا فعل کچھ عرصہ بعد تک جاری رہتا ہے۔ اس امر کا لحاظ کرنا بھی اہم ہے کہ سفید خلیات اپنی اکال خلوی قوت برقرار رکھیں (35)۔

طحال برآری (splenectomy) ہبوط یا نزف کے باعث ہمیشہ مہلک ہوئی ہے۔

441

لمفی بیض دمویت

(lymphatic leukæmia)

لمفی خلوی، لمف آسا یا غیر ذراتی بیض دمویت، لمفی خلیہ دمویت

(lymphocytic lymphoid, or non-granular leukæmia ; lymphocythæmia)

یہ لبی خلوی قسم کے نسبت زیادہ شاذ واقع ہوتی ہے۔

خون کی حالت۔ مزمن لمفی خلوی بیض دمویت میں لمفی خلیے زیادہ ہو جاتے ہیں، لیکن کثیر الاشکال اور دوسرے خلیوں کی تعداد تقریباً ویسی ہی رہتی ہے۔ چنانچہ ممکن ہے کہ مجموعی سفید خلوی شمار ..... ۱ ہو اور ان میں سے ۹۵ فی صدی یا سب مل کر ... ۹۵ لمفی خلیے ہوں اور باقی ماندہ ... ۵ کثیر الاشکال ہوتے ہیں جن کے ساتھ چند ایوسلین پسند اور مستولی خلیات ہوتے ہیں۔ حاد لمفی بیض دمویت میں جو ایک سریع عمر رکھتی ہے نسبتاً بڑے غیر پختہ قسم کے خلیے غالب تعداد میں ہوتے ہیں۔ لیکن ان کو لبی ناہضی بیض دمویت کے لبی ناہضات سے تمیز کرنا اگر ناممکن نہیں تو مشکل ضرور ہے۔ اس کے خلاف ممکن ہے کہ سپید خلیوں کی مجموعی تعداد فی مکعب ملی میٹر طبعی تعداد کے نسبت بہت زیادہ نہ ہو یا بالکل زیادہ نہ ہو۔ لیکن اگر اس میں بھی لمفی خلیوں کا مجموعی شمار فی مکعب ملی میٹر زیادہ ہو جائے اور کثیر الاشکال خلیے غیر متغیر یا کم ہوں تو لمفی بیض دمویت کی حالت شناخت ہو جانی چاہئے۔ ایسی اصابتوں کو اکثر غیر بیض دمویتی بیض دمویت (aleukæmia leukæmia) کہتے ہیں۔ یہ لمفی لحمی سلعہ سے ناقابل تمیز ہے اور غالباً وہی ہے، کیونکہ دونوں میں لمفی غدد اور خون کا نسیجیاتی منظر بالکل مماثل ہوتا ہے۔ حقیقت یہ ہے کہ وہ اصابتیں جو لمفی لحمی سلعہ کے طور پر شروع ہوئی ہیں، لمفی بیض دمویت کی حیثیت سے ختم ہوئی ہیں۔ عموماً ایک ثانوی عادم دمویت ہوتی ہے، جس میں چند نوات دار سرخ خلیے بھی ہوتے ہیں۔ جیسا کہ لبی خلوی بیض دمویت میں ہوتا ہے، ممکن ہے کبیر ناہضی ردعمل موجود ہو اور سرخ خلیات کا منظر تلف عادم دمویت سے مشابہ

ہوتا ہے۔

علامات۔ حاد لمفی خلوی بیض دمویت (acute lymphocytic leukæmia) ۔ یہ دونوں صنفوں میں، اور سات اور اٹھاون سال کے درمیان ہر عمر میں واقع ہوتی ہے۔ یہ بیماری دو ہفتوں سے لے کر تین یا چار مہینوں کے درمیان مہلک ثابت ہوتی ہے۔ یہ عام کمزوری اور کسلمندی یا دردِ طحال یا دردِ مفاصل کے ساتھ غیر محسوس طور پر شروع ہوتی ہے۔ بیرونی غدد بڑے ہو سکتے ہیں لیکن ہمیشہ بہت اُبھرے ہوئے نہیں ہوتے۔ طحال اور جگر کی خفیف کلانی موجود ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ ہڈیاں اَلیم ہوں۔ لُبّ شروع سے لمفی خلیوں سے ٹھسا ہوا ہوتا ہے اور اِس سے جلد ہی نمایاں عدم دمویت پیدا ہو جاتی ہے۔ بہت سی اصابتوں میں شدید التہابِ الفم ایک نمایاں خاصہ ہوا ہے، جس کے ساتھ مسوڑھوں کا اِغتناث اور گنگرین ہوتا ہے۔ اور اس کے ساتھ ہی تپ، اور مسوڑھوں اور آنتوں سے اور جلد کے نیچے نزفات واقع ہوتے ہیں۔ جسم کے بہت سے ٹھوس غدد لمفی خلیوں سے گنجان طور پر ٹھسے ہوئے ہوتے ہیں، اور اسی واسطے وہ بہت بڑے ہو جاتے ہیں، مثلاً جگر، طحال، گردے، سر گردے، لبلبہ، ریقی غدد، اور دمی غدد۔ اور غدۂ تیموسیہ علیٰ حالہٖ موجود رہتا ہے اور بہت بڑا ہو جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ عضلۂ قلب بھی لمفی خلیوں سے دررِیختہ ہو۔ مجری شمّ کی بیض دمویتی دررِیختگی کے باعث جحوظ العینین بھی دیکھا گیا ہے۔ عموماً خاتمہ سے پہلے استسقا ہو جاتا ہے۔

لبی خلوی بیض دمویت کے برعکس لمفی خلوی بیض دمویت میں طحال شاذ ہی اتنی بڑی ہوتی ہے، اور سارے جسم کے لمفائی غدد اور اعضا، عنقودی اور بے قناتی دونوں، اکثر وسیع طور پر ماؤف ہوتے ہیں۔

مزمن لمفی خلوی بیض دمویت (chronic lymphocytic leukæmia) ۔ یہ مرض، جو ممکن ہے کہ تقریباً چھ مہینوں یا ایک سال سے لے کر بارہ بلکہ اٹھارہ سال تک جاری رہے، لمفائی غدد میں شروع ہو کر اُن کے گروہوں کو یکے بعد دیگرے ماؤف کرتا جاتا ہے، یہاں تک کہ جسم پر کے تمام

لمفائی غدد ماؤف ہو جاتے ہیں، اور وہ گردن، بُن ران یا بغل میں محسوس کئے جا سکتے ہیں۔ وہ معتدل طور پر بڑے ہو جاتے ہیں، زیادہ سخت نہیں ہوتے، اور ایک دوسرے پر آزادانہ طور پر حرکت کرتے ہیں۔ متذکرہ بالا غدد کے نسبت ماساریقی غدد اور بھی زیادہ کثرت سے بڑے ہو جاتے ہیں، لیکن خلف البار یطون، صدری بابی، اور حرقفی غدد نسبتہً کم کثرت سے بڑے ہوتے ہیں۔ تراشنے پر غدد سپیدی مائل گلابی رنگ کے اور خرد بین سے دیکھنے پر لمفی خلیوں سے متمدد نظر آتے ہیں۔ ازاں بعد لبّ عظام ماؤف ہو جاتا اور لمفی خلیوں سے ٹھسا ہوا ہوتا ہے، اور اس سے ایک غیر تکوینی عدم دمویت پیدا ہو جاتی ہے۔ لبّی خلوی بیض دمویت کے نسبت اس میں نزف کا رجحان کمتر ہوتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ حیوی اعضا پر غدد کے دباؤ کے اثرات سے، یا لمفی خلیوں سے اُن کی دررینختگی ہو جانے سے، یا وریدی علقیت کی وجہ سے مریض ہلاک ہو جائیں۔ ان مزمن اصابتوں میں طحال اور جگر بہت بڑے ہو جاتے ہیں۔

442

تشخیص۔ کسی ایسی مبہم بیماری میں جس میں شحوب ہو، یا غدد، لوزتین یا طحال بڑے ہوں، یا نزفات، یا پرپیورا ہوں، یا مسوڑھوں کا اِغشاث ہو، خون کا امتحان کرکے لمفی خلیوں کی تخمین احتیاط کے ساتھ کرنی چاہیئے۔ انذار حاد اصابتوں میں بُرا ہوتا ہے، جن میں سنکھیا سے یا عمیق لاشعاعوں کے ذریعہ علاج کے لئے وقت بہت کم ہوتا ہے۔ کم سریع اصابتوں میں اِن دواؤں کو آزمانا چاہیئے۔

سلعۂ اخضر (chloroma) ۔ لمفی بیض دمویت کے ساتھ قریبی تعلقات پیش کرنے والی ایک حالت ہے، جس کو سلعۂ اخضر کہتے ہیں۔ اس میں کثیر التعداد رسولیاں یا لمف آسا مطروحات، بالخصوص محجرین میں (جس سے جحوظ العین کا پیدا ہو جانا ممکن ہے)، صُدغی حُفرات میں اور کھوپڑی کی ہڈیوں کے گرد عظمہ میں پیدا ہو جاتے ہیں۔ رسولیاں ملتحمہ پر اور جلد کے نیچے اور مختلف اعضا مثلاً گردہ میں بھی پیدا ہو جاتی ہیں، اور بعض اوقات یہ رسولیاں دورانِ زندگی میں بھی سبز رنگ کی ہوتی ہیں (سرطان الاخضر = green cancer)، جو کہ جلد کے نیچے سے نظر آتا ہے۔ دوسری رسولیاں بے رنگ ہوتی ہیں۔ لُبّ آسا سلعۂ اخضر (myeloid chloroma) کی

اصابتیں بشاذ تر ہوتی ہیں۔

موت کے بعد یہ مختلف رسولیاں ہرے رنگ کی ہوتی ہیں، جو تکشف کرنے پر پھیکا پڑ جاتا ہے۔ اور لمفی غدد، طحال، لب عظام اور دوسرے اعضا ویسی ہی حالت میں ہوتے ہیں جیسی کہ لمفی خلوی بیض دمویت کے ساتھ ہوتی ہے۔ ہرے رنگ کی حقیقی ماہیت نامعلوم ہے۔ وہ صبغۂ صفرا نہیں ہے۔ لیکن قیاس یہ ہے کہ وہ وہی سبز رنگ ہے جو کہ اکثر پیپ میں دیکھا جاتا ہے۔

کثرتِ خلیاتِ احمر

(POLYCYTHÆMIA RUBRA)

کثیر خلوی دمویت (polycythæmia) یا کثرت خلیات احمر جس میں خون کے سُرخ خلیے زیادہ ہو جاتے ہیں، (۱) سرخ خلیے بنانے والے اعضا کے اولی مرض کے طور پر پیدا ہو جاتی ہے (احمر دمویت = erythræmia)۔ (۲) اور دورانی یا تنفسی نظامات کے کسی ایسے خلل سے بھی پیدا ہو جاتی ہے، جس سے آکسیجن کی قلت واقع ہو جائے اور جس کی تعویض کے لئے ہیموگلوبن کے حاملین زیادہ تعداد میں ضروری ہوں جیسے کہ پیدائشی مرض قلب میں۔ اِس ثانوی کثرت خلیات احمر کو احمر خلویت (erythrocytosis) کہتے ہیں۔

کثرت خلیات احمر کی اصابتوں میں اَساس تحول زیادہ ہو جاتا ہے۔

احمر دمویت

(erythræmia)

یہ زیادہ تر تیس اور ساٹھ سال کے درمیان کی عمر کے مریضوں میں واقع ہوتی ہے، اگرچہ کبھی کبھی ان حدود سے اوپر یا نیچے کی عمر کے مریض بھی ہوتے ہیں۔ اس کی نمایاں یا شدید شکل میں سُرخ جسیمات کی تعداد فی مکعب ملی میٹر ۹ اور ۱۰ ملین سے لے کر ۱۳ ملین تک مختلف ہوتی ہے، اور اگر خون کو ٹھیرا رہنے دیا جائے تو دیکھا جاتا ہے کہ

جسیمات سیال کے ۹/۱ حجم کے برابر جگہ گھیرتے ہیں۔ ہیموگلو بن طبعی سے ۱۳۰٬۱۶۰ یا ۱۸۰ فی صدی تک زیادہ ہو جاتی ہے۔ لونی قوت نما ادنیٰ ہوتا ہے، جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ سرخ خلیے چھوٹے ہیں۔ سپید خلیوں کی تعداد ہمیشہ ہی بڑھی ہوئی نہیں ہوتی، مگر ممکن ہے کہ وہ فی مکعب ملی میٹر ۲۴۰۰۰ تک پہنچ جائیں اور خاص زیادتی کثیر الاشکال خلیات میں ہوتی ہے۔ خون کی لزوجت معمول کے نسبت تگنی یا چوگنی ہو جاتی ہے۔ کثافت نوعی اور عرصۂ ترویب کا معمول کے نسبت نیچے یا زائد ہونا ہمیشہ نہیں پایا جاتا۔ خون کا دباؤ بعض اوقات بلند ہوتا ہے، لیکن ہمیشہ نہیں۔

مرضی تشریح ۔ کلاں شدہ طحال محتقن ہوتی ہے، اور طحالی لُب کی بیش تکوین اور تلیف پایا جاتا ہے، لیکن عام طور پر احمر نا ہضی یا لُب آسا فعالیت کی کوئی شہادت نہیں ہوتی۔ لمفی غدد بالعموم غیر متاثر ہوتے ہیں۔ جگر ممکن ہے محتقن ہو۔ لبِ عظام عام طور پر گہرے سرخ رنگ کا ہوتا ہے، اور شحمی لب بالکل دکھائی نہیں دیتا، چنانچہ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ سرخ خلیات کی تکوین کا وظیفہ بہت بڑھ گیا ہے۔

امراضیات ۔ اسی کے مطابق اس حالت کی امراضیات کے متعلق عام طور پر مسلمہ نظریہ یہ ہے کہ کسی نہ کسی سبب سے لب عظام میں ہیجان پیدا ہو کر احمر خلیات کی بافراط تکوین ہوتی ہے، اور یہ کہ دیگر تغیرات ثانوی ہیں۔ اس امر کی کوئی شہادت نہیں ہے کہ کثرت خلیات احمر، بافوس میں آکسیجن کی احتیاج کا ثانوی نتیجہ ہے۔ وہ مریض جو آکسیجن کو شک میں رکھے جاتے ہیں اس مدت کے ختم پر خون میں کوئی تبدیلی ظاہر نہیں کرتے۔

143 **علامات** ۔ اس کثرت خلیات احمر کے ساتھ جو حالتیں عموماً پائی جاتی ہیں وہ یہ ہیں:- ذراق اور طحال کی معتدل یا بڑی کلانی۔ زراق بالخصوص چہرے، کانوں اور مخاطی اغشیہ پر ظاہر ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صحفہ ۳۶ الف، صفحہ 433)۔ چہرہ پر ایک مخصوص دممیز چمک یا سرخی نظر آتی ہے۔ ممکن ہے یرقان ہو اور گاہے کبہت بھی، چنانچہ مصل وان ڈن برگ کا بالواسطہ تعامل دیتا ہے (88)۔ شبکیہ کی وریدیں محتقن اور نہایت سیاہ ہوتی ہیں۔ مریض کو درد سر یا سر میں ایک پری کا احساس ہوتا ہے، آلکسی، دوران سر، سوء ہضم، قبض اور تشنگی کی شکایت ہوتی ہے،

اور مختلف اقسام کے نزفات ہوجاتے ہیں، جن میں رُعاف، مسوڑھوں سے خون آنا، کثرتِ طمث، قے الدم اور دماغی نزف شامل ہیں۔ شرائین کی صلابت ہوتی ہے، جس سے علقی التہاب العروق انطاسی (thrombo-angiitis obliterans)، معہ متوقف عرجان (intermittent claudication) اور حمرتی وجع الجوارح (erythro-melalgia) یا ادا النفس کے پیدا ہوجاتا ہے۔ گردے ممکن ہے متاثر ہوجائیں۔ ممکن ہے نقرس ہو اور یورک ایسڈ کے سنگ موجود ہوں (38)۔ بعض اصابتوں میں وسیع وریدی علقیت واقع ہوگئی ہے۔

متذکرہ بالا اصابتوں سے [جو پہلے "کثرتِ خلیاتِ احمر معہ کلانیٔ طحال" (polycythæmia with splenomegaly) کے نام سے بیان کی جاتی تھیں] بعض اصابتیں کسی قدر مختلف ہوتی ہیں، جو نسبتۃً قلیل الوقوع ہیں اور جن میں طحال کی کلانی تو نہیں ہوتی لیکن خون کا دباؤ بہت زیادہ ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ ۳۰۰ ملی میٹر پارے (Hg) تک بھی پہنچ جائے۔ مریضوں کا منھ اکثر تناؤ دار ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ اُن کا قلب بیش پرورده ہو، اُن کے پیشاب میں البیومن ہو، اور اُن میں صلابت الشرائین کے آثارات موجود ہوں۔ ان امارات کو ابتداءً گیس بوک (Geisbock) نے بیان کیا، اور بیش تنشی کثرتِ خلیاتِ احمر (polycythæmia hypertonica) کے نام سے موسوم کیا۔

احمر دمویت کی اصابتوں کی رفتار مختلف ہوتی ہے۔ فشل قلب سے یا دماغی عروقی پیچیدگیوں سے، یا تدرن سے ہلاکت واقع ہوگئی ہے۔

علاج ۔ اس مرض کے لئے وقتاً فوقتاً فصد کا کھول دینا ایک اچھا علاج ہے۔ ایک چوڑی کھوکھلی سوئی کے ذریعہ سے ہر چھٹے مہینے ½ پائنٹ سے لے کر ا پائنٹ تک خون نکال دینا چاہیئے۔ خون کی تجمید روکنے کے لئے سائٹریٹ استعمال کرنا چاہیئے جیسا کہ نقل الدم کے لئے خون نکالتے وقت کیا جاتا ہے۔ ہڈیوں کے لاشعاعی علاج سے بھی کامیابی حاصل ہوئی ہے۔ حال ہی میں فینل ہائڈریزین (phenyl hydrazine) روزانہ ا۰ گرام براہِ دہن استعمال کی گئی ہے۔

احمر خلویت

(erythrocytosis)

اِس اصطلاح کے تحت اُن اصابتوں کو شامل کرنا مقصود ہے کہ جن میں کثرتِ خلیات احمر لبِّ عظام کی بڑھی ہوئی فعالیت کے باعث ہی ہوتی ہے (پارکس ویبر =Parkes Weber)، لیکن اِس فعالیت کی تہیج قابل شناخت ماسبق حالات کی وجہ سے ہوتی ہے۔ چنانچہ ایک گروہ مزمن قلبی اور ریوی ضررات سے بنتا ہے، جن میں سے قلب کا پیدائشی تشوہ نمایاں ترین ضرر ہے۔ اور دوسرے ضررات اکتسابی مصراعی مرض کی مختلف شکلیں، نفاخ (emphysema) اور مزمن ریوی امراض ہیں، جن کے ساتھ زراق کا ہونا ممکن ہے (مرض آیرزا =Ayerza's disease)۔ ان میں خون کا قلیل تاکسد لبِّ عظام کے لئے تہیج کا کام دیتا ہے۔ "گیس زدہ" مریض ایک دوسرا گروہ ہیں۔ ان میں احمر خلویت ایک آکسیجنی کوشک کے اندر (جس میں ۴۰ فی صدی آکسیجن موجود ہو) علاج کرنے سے کم ہو جاتی ہے (Hunt & Dufton)۔ ایک اور گروہ اُن اشخاص کی کثرتِ خلیاتِ احمر سے بنتا ہے، جو بلند ارتفاعات کے رہنے والے ہوتے ہیں، جہاں خلیات احمر کی زیادتی، اس قلیل آکسیجنی تنش کی تلافی کر دیتی ہے جو کہ تنفس کے لئے حاصل ہونے والی ہوا میں پائی جاتی ہے۔ کثرتِ خلیات احمر فاسفورس اور کاربن مانا کسائیڈ کے مزمن تسمم میں اور ایڈیسن (Addison) کے مرض اور ذیابیطیسی قوما میں بھی واقع ہوتی ہے۔ جیسا کہ احمر دمویت میں ہوتا ہے، سرخ جسیمات سات آٹھ یا نو ملین (ایک ملین = ۱۰ لاکھ) تک پہنچ سکتے ہیں۔ خون کی ہیموگلوبن اور لزوجت دونوں مقداریں زیادہ ہو جاتی ہیں۔

ہیموگلوبن دمویّت

(HÆMOGLOBINÆMIA)

ہیموگلوبن دمویت اُس وقت پیدا ہو جاتی ہے جب کہ عروقِ دمویہ کے اندر

دموی جسیمات کی ٹوٹ پھوٹ واقع ہوکر پلازما کے اندر ہیموگلوبن خارج ہوتی اور اُسے گلابی جھلک دے دیتی ہے۔ اور جسیماتِ دموی بینڈ (rouleaux) بنانے کا رجحان بالکل نہیں رکھتے۔ عام طور پر عدم دمویت معہ کسی قدر بوقلموں خلویت اور خلوی لاتساوی کے موجود ہوتی ہے۔ نہایت ہی شاحب جسیمے (سایہ نما جسیمے) دیکھے جاتے ہیں۔ پھر یہ ہیموگلوبن گردوں سے خارج ہوکر پیشاب کے رنگ کو گہرا سرخ بنا دیتی ہے اور پیشاب بالکل صاف ہوتا ہے۔ اس حالت کو ھیموگلوبن دمویت کہتے ہیں، اور یہ دَم بولیت سے متفرق ہوتی ہے، جس میں پیشاب کے ساتھ خود خون اور اُس کے جسیمات ملے ہوئے ہوتے ہیں، اور پیشاب دھوئیں کے رنگ کا ہوتا ہے کیونکہ روشنی سرخ جسیمات کی سطحوں سے منعکس ہوجاتی ہے۔ طیف نما سے امتحان کیا جائے تو ہیموگلوبن دمویت میں پیشاب، سبز اور زرد حصہ میں دو دھاریاں ظاہر کرتا ہے جو کہ آکسی ہیموگلوبن کے ساتھ مختص ہیں، اور وہ طیف کے سرخ سرے کی طرف ایک اور دھاری دیتا ہے جو کہ میٹ ہیموگلوبن کا نتیجہ ہے۔ آخر الذکر آکسی ہیموگلوبن پر پیشاب کی تاثیر کا نتیجہ ہے۔ پیشاب میں البیومن ہوتا ہے۔ خفیف تر حملوں میں غالباً جسیمات کی بہت تھوڑی تعداد متکسر ہوتی ہے، ہیمیٹن جگر میں ٹھکانے لگتی ہے اور گلابیولن پیشاب میں خارج ہوجاتی ہے۔ ایسی حالتوں میں پروٹین جو کہ پیشاب میں پائی جاتی ہے گلابیولن ہوتی ہے نہ کہ مصلی البیومن (serum albumin)۔

444

جسیمات کا جزئی اتلاف (دم پاشیدگی) متعدد حالات میں واقع ہوتا ہے:۔ (۱) بعض سموم کے فعل سے، مثلاً کلوریٹ آف پوٹاسیم کی بڑی مقدار، پائروگیلک ایسڈ (pyrogallic acid)، آرسینیوریٹیڈ ہائیڈروجن (arseniuretted hydrogen) اور نیفتھال (naphthol) سے۔ (۲) ناموافق خون کے نقل الدم سے۔ (۳) تپش کی انتہائی حدود میں تکشف سے، جیسے کہ حرقہ (burn) یا پالا مار (frost bite) سے۔ (۴) بعض حمیات کے فعل سے، اسی واسطے حمی قرمزیہ اور تپ محرقہ سے معتدل درجہ کی ہیموگلوبن دمویت پیدا ہوسکتی ہے۔ (۵) میلریا (malaria) یا سیاہ بول بخار (blackwater fever) میں۔ (۶) دَوری ہیموگلوبن بولیت۔ (۷) نہایت خفیف سی دَم پاشیدگی تندرست افراد کے خون میں ملتی ہے۔

دَوری ہیموگلوبن بولیت

(paroxysmal hæmoglobinuria)

اس مقابلۃً شاذ شکایت میں ہیموگلوبن بولیت انفرادی حملوں کی صورت میں واقع ہوتی ہے۔

بحثِ اسباب۔ یہ نوعمر بالغوں اور پچاس سال کی عمر تک کے ادھیڑ اشخاص میں دیکھی جاتی ہے، اور اناث کی نسبت ذکور میں بہت زیادہ عام ہے۔ چند اصابتوں میں ملیریائی تسمم کی سرگذشت، اور بہت سی اصابتوں میں آتشک کی سرگذشت موجود ہوتی ہے۔ حملہ کا فوری سبب سردی کا تکشف ہوتا ہے۔

امراضیات۔ سردی کی وجہ سے دَم پاشیدگی کے وقوع کی یہ توجیہ کی گئی ہے کہ یہ شکایت رکھنے والے مریضوں میں خون کے اندر ایک امکانی سمی ہیمولائسین (hæmolysin) موجود ہوتی ہے جو ذورابطین کے طور پر جسیمہ کے ساتھ تعامل کر لیتی ہے۔ سردی کے اثر سے، اور ازاں بعد گرمی کی واپسی پر متمم کے تعاون سے جسیمہ کا اتلاف واقع ہو جاتا ہے۔ یہ متمم طبعی خون کے اندر موجود ہوتا ہے، اور یہ بتلادیا گیا ہے کہ مریض کے مصل سے طبعی جسیمات کی دَم پاشیدگی ہو جائے گی۔ اس سے یہ ثابت ہوتا ہے کہ مریض کے جسیمات میں شکست و ریخت کی کوئی نوعی قابلیت موجود ہونے کی ضرورت نہیں۔ ہیمولائسین کی سمی اصلیت اس واقعہ سے ظاہر ہوتی ہے کہ مریضوں کی اکثریت میں آتشک کی سرگذشت یا شہادت، اور مثبت تعاملِ واززمن موجود ہوتا ہے۔

علامات۔ حملہ کا آغاز مختلف اصابتوں میں نڈھال پن، تکان، جمائی لینے کے رجحان، جاڑا لگنے یا قشعریرہ، اعضا شکنی، متلی، قئے، اسہال، اور دردِ شکم سے ہوتا ہے۔ مریض اکثر مرضِ رینانڈ (Raynaud's disease) میں مبتلا ہوتا ہے، (ملاحظہ ہو صفحہ 810) اور اس حالت میں انگلیاں کبود اور سرد ہو جاتی ہیں۔

تپش کا ابتدا میں مرتفع ہو جانا ممکن ہے، مگر وہ جلد کم ہو جاتی ہے۔ اور ان علامات کی مدت صرف ۲ سے ۱۲ گھنٹے تک ہوتی ہے۔ بعض اوقات جگر اور طحال کی خفیف سی کلانی بھی دیکھی جاتی ہے۔ یا تو پہلی علامت کے بعد فوراً، یا مدرجاً تین یا چار گھنٹوں کے بعد

خون کی رنگت کا پیشاب ہوتا ہے، لیکن یہ حالت بھی تھوڑے ہی عرصہ تک رہتی ہے۔ چند ہی گھنٹوں کے بعد ممکن ہے کہ پیشاب بالکل صاف ہو جائے اور اس میں البیومن اور ہیموگلوبن نہ رہے۔ اور حملوں کے درمیانی وقفوں میں پیشاب ہمیشہ بالکل طبعی ہوتا ہے۔ حملہ کے اختتام پر جلد کا رنگ یرقانی جھلک کا دیکھا گیا ہے، اور بہت سے حملے یکے بعد دیگرے جلد جلد ہونے سے مریض میں خرد خلوی عدم دمویت پیدا ہو جاتی ہے۔ دوری ہیموگلوبن بولیت بذاتہ خطرناک نہیں۔

علاج۔ سردی میں تکشف سے بچنے کے لئے احتیاط اور باقاعدگی کے ساتھ گرم لباس استعمال کرنا چاہیئے، گرم کمروں میں رہائش رکھنا چاہیئے، اور حتی الامکان رات کی ہوا سے محفوظ رکھنا چاہیئے۔ آتشک کا علاج خاص طور پر پوٹاشیم آیوڈائیڈ، بزمتھ اور پارہ کے ذریعہ کرنا چاہیئے۔ حملہ کے دوران میں مریض کو بستر میں رکھنا چاہئے۔

میٹ ہیموگلوبن دمویت اور سلف ہیموگلوبن دمویت

445

(METHÆMOGLOBINÆMIA AND SULPHÆMOGLOBINÆMIA)

(enterogenous cyanosis = معاادی زراق)

(microbic cyanosis = خرد عضویتی زراق)

شاذ اصابتوں میں جسیمات کی آکسی ہیموگلوبن کے، میٹ ہیموگلوبن اور سلف ہیموگلوبن میں متغیر ہو جانے سے، جلد اور مخاطی اغشیہ کی عام کبودی یا زراق پیدا ہو جاتا ہے۔

میٹ ہیموگلوبن دمویت (methæmoglobinæmia)۔ یہ بعض ادویہ بالخصوص ایسیٹانیلائیڈ (acetanilide)، فیناسیٹین (phenocetin)، انٹی پائرین (antipyrin)، ویرونال (veronal) کے استعمال سے پیدا ہوتی ہے، اور کول تاری حاصلات (coal-tar products)، نائٹرو بنزال وغیرہ کا کام کرنے والوں میں زہریلے دخانات کا استنشاق کرنے سے، نیز بعض معوی ضررات میں نائٹرائٹس (nitrites) کے انجذاب سے جب کہ اسہال ایک نمایاں علامت ہوتی ہے، اور

جب کہ نائٹرائٹس کی پیدائش عضویوں، مثلاً عصیہ قولونی کے سبب سے ہوسکتی ہے۔
بعض اصابتوں میں کثیرخلوی دمویت موجود رہی ہے، اور بعض اوقات طحال کی کلائی
اور ہاتھ پاؤں کی انگلیوں کی گرزشکلی مریضوں کا رنگ مہیب، چاکولیٹ کی طرح
ہوجاتا ہے۔ خون میں دَم یا شیدگی نہیں ظاہر ہوتی، لیکن جسیمات نہایت سیاہ ہوتے
ہیں۔ بالعموم تنفسی تکلیف بالکل نہیں ہوتی، کیونکہ نسبتہً تھوڑی سی ہیموگلوبن کے
تغیر سے نمایاں رنگ پیدا ہوجاتا ہے۔ پیشاب عموماً طبعی ہوتا ہے۔ **علاج** یہ ہے کہ
سبب کو دور کیا جائے۔ ادویہ سے تسمم ہونے کی صورت میں مقئی ادویہ اور معدے
کی تغسیل کی ضرورت لاحق ہوسکتی ہے۔ چونکہ موت خون کی آکسیجن بردار قوت کی
کمی کی وجہ سے واقع ہوجاتی ہے، لہٰذا آکسیجن کا مسلسل استعمال ترجیحاً ایک خیمہ کے ذریعہ
سے کرنا چاہیئے۔ خون چند گھنٹوں کے بعد خودبخود طبعی ہوجاتا ہے۔

سلف ہیموگلوبن دمویت (sulphæmoglobinæmia)۔ یہ مریض
جن کو قبض ہوتا ہے، زراق کے حملوں میں مبتلا ہوجاتے ہیں، جو بعض اوقات بے ہوشی
پیدا کر دیتا ہے۔ حملہ میں دوسری علامتیں دردسر، متلی اور قئے، اور دردِ شکم ہیں۔
جسیمات میں کی ہیموگلوبن ایک حد تک سلف ہیموگلوبن میں متغیر ہوجاتی ہے۔ یہ
شئے اپنے انجذابی طیف کے لحاظ سے میٹ ہیموگلوبن سے مشابہ ہوتی ہے، کیونکہ
اس میں ایک دھاری سرخ رنگ کے اندر نظر آتی ہے۔ فرق یہ ہے کہ میٹ ہیموگلوبن
کی حالت میں یہ دھاری پوٹاسیم سایانائیڈ (potassium cyanide) ملانے پر غائب
ہوجاتی ہے اور سلف ہیموگلوبن کی حالت میں یہ غیر متغیر رہتی ہے۔ امتحان کا دوسرا طریقہ
یہ ہے کہ ترشہ سے معرا کاربن مانا کسائیڈ (acid-free CO) کو آمیزہ میں سے گذارا جائے۔
سلف ہیموگلوبن کی تمام دھاریاں طیف کے نیلے سرے کی طرف ہٹ جاتی ہیں۔
میٹ ہیموگلوبن کی دھاریاں غیر متغیر رہتی ہیں۔

میٹ ہیموگلوبن دمویت کی طرح، یہ حالت بھی انی لائن کے مشتقات
مثلاً ایسیٹنی لائڈ (acetanilide) اور فیناسٹین (phenacetine) کے تسمم سے پیدا ہوتی
ہے، جس کے ساتھ شاید قبض کی وجہ سے امعاء میں گندھک کے مرکبات کی تکوین پائی
جاتی ہے۔ لیکن ممکن ہے وہ ایک صادق معاوز اوزراق ہو جو کہ کلیتہً امعاء میں خودبخود

تیار شدہ زہروں کا نتیجہ ہو، اگرچہ اس سے انکار کیا گیا ہے۔ یہ حالت میٹ ہیمو گلوبن دمویت کی نسبت بہت زیادہ دیر سے زائل ہوتی ہے اور ہفتے اور مہینے لگ جاتے ہیں۔ لہٰذا اگر کول تاری ادویہ کی طبی خوراکوں کے بعد زرواق پیدا ہو تو یہ یقینی امر ہے کہ اس کا سبب سلف میٹ ہیموگلوبن ہے نہ کہ میٹ ہیموگلوبن۔ ایک مریض میں سلف میٹ ہیموگلوبن دمویت اور میٹ ہیموگلوبن دمویت کی ہمزماں موجودگی بھی بیان کی گئی 23)۔

انذار۔ یہ مرض مہلک نہیں ہوتا۔

علاج۔ قبض کے لئے مسہل دینے چاہئیں۔ بوسیدہ دانتوں کو نکال دینا چاہیے۔ حملہ کے دوران میں آکسیجن کا استعمال کرنا چاہیے، بالخصوص اس وقت جب کہ مریض بے ہوش ہو۔

پرپیورا

(نزفی مزاج)

اس اصطلاح کا اطلاق اُس مرضی حالت پر کیا جاتا ہے جس میں جلد یا مخاطی اغشیہ کے نیچے متعدد نزفات واقع ہو کر کم و بیش ارغوانی رنگ کے دَدوڑے پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ پہلے دیکھا گیا ہے کہ ایسے ہی نزفات متعدد امراض، مثلاً قرمزیہ (scarlatina)، خسرہ، چیچک، ٹائفس، دماغی نخاعی تپ، اور طاعون میں ہوا کرتے ہیں۔ نیز کثرت، جگر کے حاد اصفر ذبول، اور بیضِ دمویت (leukæmia) غیر تکوینی عدمِ دمویت (aplastic anæmia) اور خبیث لحمی سلعی بالیدوں میں۔ خبیث التہاب درون قلبہ، اور قلب کے دوسرے امراض میں۔ اور بعض عصبی امراض مثلاً ہزال نخاع (tabes dorsalis) میں۔ نیز نزفات کا ذکر نزفیت (hæmophilia)، مرضِ ہاجکن، مرضِ برائٹ اور اسکروی (scurvy) کے تعلق میں کیا جائے گا۔ باہر سے تسمم ہونے کے راست نتیجہ کے طور پر نزفیت پوٹاسیم آیوڈائڈ کی بیش مقدار دینے سے، یا بنزال (benzol) یا اس کے خاص جزء بنزین (benzene) کے تجارتی استعمال (ہاتھ لگانے اور استنشاق کرنے) سے

پیدا ہو جاتی ہے۔ اِن سب اصابتوں میں یہ صاف طور پر تسلیم کیا جاتا ہے کہ نزف کا کوئی سبب موجود ہے، اور یہ سبب اکثر ایک ساری سم یا کوئی دوسرا زہر ہوتا ہے۔

اوّلی یا خود رَو پرپیورا سریری طور پر حسب ذیل اقسام میں منقسم ہے:۔

(ا) سادہ (simplex) ' نزفی (hæmorrhagica) ' خاطف (fulminans) پرپیورا۔ (ب) ہیناک کا پرپیورا (Henoch's purpura) ' اور رثیتی پرپیورا (purpura rheumatica) (کلاحت رثیتی peliosis rheumatica = یا مرض شان لین = Schonlein's disease) ' جس میں شری اور پرپیورا دونوں ہوتے ہیں اور بسا اوقات پرپیورا کی نسبت شری زیادہ نمایاں ہوتی ہے (39)۔ اس گروہ کے لئے بعض اوقات استعداف نما پرپیورا کی اصطلاح استعمال کی جاتی ہے۔

امراضیات۔ پرپیورا کی شدید اصابتوں میں حموی زمانہ کے دوران میں خون میں سے ایک دَم پاش نبقۂ سبحیہ علیحدہ کیا جا سکتا ہے ' اور مہلک اصابتوں میں قلب کے خون سے اس کی کاشت کی جا سکتی ہے۔ اور طحال کا درحلمہ اکثر صبغۂ ہیموگلوبن سے رنگین ہوتا ہے۔ اِن واقعات سے پتہ چلتا ہے کہ یہی عضویہ اس مرض کا سبب ہے۔ ممکن ہے کہ اس کا سم اِس طرح عمل کرتا ہو کہ عروق شعریہ کی نفوذ پذیری کو زیادہ کر کے بافتوں کے اندر پلازما کے خروج اور سرخ جسیمات کی پارجست کا موقعہ بہم پہنچاتا ہو۔ بعض پرپیورا حساسیتی صدمہ (allergic shock) سے پیدا ہو جاتے ہیں۔

اگر نزف شدید ہو تو خون ثانوی عدم دمویت کے خصائص ظاہر کرتا ہے۔ ایک جیمن سے لئے ہوئے خون کے پہلے قطرے کا عرصۂ ترویب طبعی ہوتا ہے ' لیکن بعد کے قطروں کا عرصۂ ترویب ایک منٹ سے زائد ہوتا ہے (2)۔ شاید یہی وجہ ہے کہ "عرصہ ادماء" (ملاحظہ ہو صفحہ 423) زیادہ ہوتا ہے۔ جسم سے باہر خون جم جانے کے بعد تھکا سکڑتا نہیں اور نہ مصل کو باہر رِسنے دیتا ہے (26,29)۔ لب عظام کوئی ممیز خصائص نہیں ظاہر کرتا۔ اگر اس پر مطالبات کا زیادہ بار پڑتا ہے اور عدم دمویت کی وجہ سے تغذیہ خراب ہو جاتا ہے تو ممکن ہے کہ وہ

غیر تکوینی ہو جائے۔

تمام اقسام کے پرپیورا کی اکثریت میں دَموی لوحیے غیر موجود یا کم ہو جاتے ہیں [یعنے فی مکعب ملی میٹر ۱۰۰۰۰۰ (طبعی تعداد ۲۰۰۰۰۰ سے ۵۰۰۰۰۰ تک ہوتی ہے)]۔ اِس حالت کو قلتِ خلیاتِ علقی (thrombocytopenia) کہتے ہیں۔ بادی النظر میں اس کو پرپیورا کی توجیہ کرنے کے لئے کافی سمجھا جا سکتا ہے۔ لیکن قلتِ خلیاتِ علقی بذاتِ خود اس کے لئے کافی نہیں ہے، کیونکہ اِسکروی میں جس میں اِدماآت ہوتے ہیں، اور ہِنوخ کے پرپیورا میں، لوحیے اور عرصہ جات ادمار دونوں طبعی ہوتے ہیں۔ اس کی توجیہ غالباً یہ ہے کہ تمام پرپیوراؤں میں دَرحلمہ کا تفرر ضروری عامل ہے، اور یہ لوحیوں کی کمی کے بغیر بھی واقع ہو سکتا ہے، لیکن چونکہ لوحیے اور دَرحلمی خلیے دونوں بلحاظ تولید کے باہم قریبی تعلق رکھتے ہیں، لہذا زہر (جو خواہ لوحیہ کش مصل ہو یا بنیزال وغیرہ) دَرحلمہ پر حملہ آور ہونے سے پہلے عموماً لوحیوں کو تلف کر دیتا ہے (22)۔ اگر صرف اتنے ہی لوحیہ کش مصل کا اشراب کیا جائے کہ جس سے لوحیے تلف ہو جائیں تو پرپیورا نہیں پیدا ہوتا، چنانچہ قلتِ خلیاتِ علقی اس مرض کی ضروری خصوصیت نہیں ہو سکتی۔ دوسری رائے جو پیش کی گئی ہے (لیکن جس کی تجربی شہادت سے تصدیق نہیں ہوتی) یہ ہے کہ لوحیے اس لئے غائب ہو جاتے ہیں کہ وہ دامی عروق میں کے فصل کو التزاق کے ذریعہ پُر کرتے ہیں۔ لوحیے لُب سے پیدا ہوتے ہیں، اور جب لُب غیر تکوینی ہوتا ہے تو وہ بھی غیر موجود ہوتے ہیں۔ انھیں طحال تلف کرتی ہے، اور طحال کا استیصال کرنے سے اُن کی تعداد کچھ عرصہ تک بڑھ جاتی ہے، لیکن یہ زیادتی محض کچھ عرصہ کے لئے ہی ہوتی ہے۔

علامات۔ پرپیورا کی خفیف ترین شکلوں (سادہ پرپیورا =P. simplex) میں یہی ہوتا ہے کہ جسم کے مختلف حصوں میں پھیکے سرخ، گہرے سرخ، یا نیلگوں ارغوانی رنگ کے دھبے پیدا ہو جاتے ہیں۔ وہ گول ہوتے ہیں، قطر میں ایک ملی میٹر سے لے کر ½ انچ تک مختلف ہوتے ہیں، دبانے سے غائب نہیں ہوتے، اور جب ایسی چھوٹی جسامت کے ہوتے ہیں تو عموماً سطح سے اوپر اُبھرے ہوئے نہیں ہوتے۔ وہ جسم پر ہر جگہ پھیلے ہوئے ہوتے ہیں۔ ہر دھبہ کچھ عرصہ کے بعد بھوری

یا زرد جھلک کا ہو کر کمہلا جاتا ہے، اور نسبتۃً بڑی چکتیاں بدیہی طور پر تغیرات کے وہی مدارج طے کرتی ہیں جو ایک کوفتگی کے لئے مخصوص و ممیز ہیں۔ اِس ثوران کے ساتھ بنیئی اختلال نہایت کم ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ مریض کا رنگ شاحب ہو اور اُس کی اشتہا جاتی رہے۔ شفا عموماً دس سے بیس دن تک میں ہو جاتی ہے۔

447 شدید اصابتوں میں نزفات زیادہ وسیع ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ زیر جلد خون کے بڑے تودے جلد کو اوپر اُٹھا دیں، اور مختلف مخاطی اغشیہ سے بھی ادما ہوتا ہے (نزفی پرپیئورا = P. hæmorrhagica)۔ چنانچہ ناک، دہن معدے، اور آنتوں، گردوں، نسوانی تناسلی اعضا، اور کبھی کبھی شبعی غشائے مخاطی سے خون آ سکتا ہے۔ اِسکروی کی طرح مسوڑھے کبھی متورم نہیں ہوتے، لیکن بعض اوقات اُن کے جرم میں ایک نزفی داغ دکھلائی دیتا ہے۔ زیادہ شدید اصابتوں میں ممکن ہے کہ تپش کسیقدر بلند ہو، اور ایک ایسا درجۂ انبطاع طاری ہو جاتا ہے جو موت میں ختم ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ امتحان بعد الممات سے تقریباً تمام مخاطی اغشیہ میں، حوضِ کلیہ میں، پلیئورا، تامور، باریطون، سحایا، بلکہ پھیپھڑوں اور لُبِّ عظام تک میں دوسرے کدمات ظاہر ہوں۔ ممکن ہے کہ دماغی نزف موت کا سبب ہو جائے۔ معائی غشائے مخاطی کا اِغتشاث اور تقرح بھی پایا گیا ہے، جس سے انثقاب اور التہابِ باریطون پیدا ہو جاتے ہیں۔ خاطف پرپیورا (fulminating purpura) کا نام بعض ایسی اصابتوں کو دیا گیا ہے جو پانچ گھنٹوں سے لے کر تین دن میں مہلک ہو جاتی ہیں۔ ان میں سے بہت سی اصابتیں قرمزیہ (scarlatina) کے بعد واقع ہوتی ہیں۔

ھینالک کے پرپیورا (Henoch's purpura) میں جلد کے ضرر احمراری (erythematous) یا شری (urticarial) ورم ہو سکتے ہیں جو اکثر بڑے وسیع ہوتے ہیں اور جن میں نزف بالکل نہیں ہوتا۔ ان کے ساتھ مفصلی درد یا اورام درد شکم کے حملے، قئے اور آنت سے نزف، اور ورم لولیت پائے جاتے ہیں۔ طحال قدرے جس پذیر ہوتی ہے۔ یہ قسم بچوں میں ہوتی ہے، اور ہفتوں یا مہینوں کے دوران میں بار بار مکرر ہوتی ہے۔ ان اصابتوں میں علامات کی ترتیب زمانی بہت کچھ مختلف

ہوتی ہے، اور پرپیُورائی ثوران اکثر تاخیر کے ساتھ ظاہر ہوتا ہے اور یہ ہمیشہ نہیں ہوتا کہ یہ زیادہ وسیع ہو۔ اس سے اس امر کی توجیہ ہوتی ہے کہ اس میں عدم دمویت یا قلت خلیات علقی کیوں مفقود ہوتی ہے۔ اس کے برعکس درد مفاصل کے جلد واقع ہوجانے سے حادرثیت کی تشخیص ہوجانے کا امکان ہے، اور بہت سی مثالوں میں شکمی علامات نمایاں ترین ہوتے ہیں۔ چنانچہ دردِ شکم، "قے" اور تمدد سے بعض اوقات معوی تسدد (intestinal obstruction) یا التہاب زائدہ دودیہ کا گمان ہوسکتا ہے۔ یا یہی علامات اور ان کے ساتھ آنت سے نزف اور ایک جس پذیر رسولی اگر بچہ میں ہوں تو انغماد الامعار (intussusception) کی تشخیص ہوجاتی ہے۔ جب شکمی علامات تنہا موجود ہوں تو شکم تنگافی کا عملیہ کردیا گیا ہے اور مفروضہ انغماد آنت کا ایک ایسا حصہ ثابت ہوا ہے جو انصبابی خون سے دررنجیۃ تھا۔ ممکن ہے کہ پیشاب میں بہت البیُومن ہو، اور خون یا سیاہ کا یا خالص خون ممکن ہے ہو یا نہ ہو۔ بہت سی اصابتیں مہلک ہوتی ہیں۔ دوسری اصابتیں شفایاب ہوجاتی ہیں لیکن اُن میں البیومن بولیت مہینوں جاری رہ سکتی ہے۔ رثیتی پرپیُورا (rheumatic purpura) میں جو کہ غالباً ہینیاک کے پرپیُورا کی ایک خفیف شکل ہے حاد مفصلی التہاب نمایاں ہوتا ہے، اور اس کے ساتھ ہی پرپیُوری احمرار اور شری ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ التہاب درون قلبہ اور التہاب گرد قلبہ ہوں۔

تشخیص۔ تشخیص کرتے وقت پہلے پیراگراف میں بیان کئے ہوئے نمشی اور ، کے تمام ممکن اسباب کو خارج از بحث کردینا چاہیئے۔ اسکروی کی شناخت مسوڑھوں کی اسفنجی حالت، تحت الجلد یا ردائی تصلبات (fascial indurations)، سے ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ خبیث لحم سلعی رسولیاں (malignant sarcomatous growths) نزفی پرپیُورا سے کسی قدر مشابہت پیش کریں۔ یہ یاد رکھنا بھی اچھا ہے کہ بعض اوقات غریبوں کے بچے کیک گزیدگی (flea-bites) کے بعد وسیع نمشی ثوران پیش کرتے ہیں۔ یہ دھبے یکساں طور پر آلپین کے سرے کے برابر ہوتے ہیں۔ ضغط النبض پیما نزفی مزاج کے لئے ایک مفید کاشفہ بہم پہنچاتا ہے۔ بازو پر اتنا دباؤ کہ جو نبض کو معطل کردینے کے لئے کافی ہو، دو منٹ تک عمل میں لایا

جاتا ہے۔ اگر کاشتہ مثبت ہو تو پیش بازو پر پرپُورا نمودار ہو جاتا ہے، جو کہ بسا اوقات وسیع ہوتا ہے۔

علاج۔ عفونتی مرکزوں کا استیصال کر دینا چاہیے۔ نسبتاً خفیف تر اصابتوں میں، بستر میں آرام، مقوی ادویہ، اور عمدہ سادہ غذا اکثر بسرعت شفا بخش ہوں گے۔ جب پرپُورا خاص کر جوارح زیرین کو ماؤف کرتا ہے تو اس صورت میں وہ اکثر مریض کے بستر اختیار کرتے ہی غائب ہو جاتا ہے، اور اگر مریض جلدی کر کے پھر چلنا پھرنا شروع کر دے تو وہ مکرر نمودار ہو جاتا ہے۔ لوہا، سنکھیا، اور کیونین (quinine) معمولی مقداروں میں دیئے جا سکتے ہیں۔ کیلسیئم کلورائیڈ (اگرین ۰۰ اقطرے پانی میں) یا تین سی سی کیلسیئم گلوکونیٹ (calcium gluconate) کے درون عضلی اشرابات روزانہ ایک بار مفید ہو سکتے ہیں۔ نیز ۱۰ سی سی مصل کا اشراب کیا جا سکتا ہے (یہ انسانی مصل ہو تو زیادہ پسندیدہ ہے) اور اسے مکرر دیا جا سکتا ہے۔ قلت خلیاتِ علقی کا علاج بذریعہ جگر کرنے کی سفارش کی گئی ہے، اس طرح کہ جس طرح متلف عدم دمویت کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے (40)۔

شدید اصابتوں میں نقل الدم مفید ہو سکتا ہے، اور اس مفروضہ کی بنا پر کہ طحال دموی لوحیوں کو تلف کر رہی ہے، طحال کا استیصال کر دیا گیا ہے اور اس سے نفع بخش نتائج حاصل ہوئے ہیں (27)۔ حال ہی میں یہ ادعا کیا گیا ہے کہ ایسکاربک ایسڈ (ascorbic acid) (ملاحظہ ہو اسکروی) کے اشرابات سے تمام اصابتوں میں فائدہ ہوتا ہے، لیکن اگر مزید تجربہ سے یہ صحیح ثابت ہو تو ان نظریات کی نظرثانی کرنی پڑے گی جو کہ پرپُورا کے سبب کے متعلق مانے جاتے ہیں۔

448

نزفیت

(HÆMOPHILIA)

نزفیت ایک مرض ہے، جو تقریباً تمامتر مردوں تک محدود ہے اور جس کا ممیز خاصہ اوماہونے کا رجحان ہے، جو خود بخود ہو یا ضرب سے ہو۔ یہ مرض موروثی ہوتا ہے

اور عورت کے ذریعہ سے منتقل ہوتا ہے، جو خود اِس مرض سے بالکل غیر متاثر ہوتی ہے، اور یہ صرف مرد کو ماؤف کرتا ہے جو کہ "دامی" ("bleeder") کہلاتا ہے۔ ان امور میں یہ کاذب بیش پرورشی عضلی شلل (pseudo-hypertrophic muscular paralysis) سے مشابہ ہوتا ہے۔

امراضیات ۔ خون کا عرصہ ترویب بہت تاخیر ظاہر کرتا ہے، جو ممکن ہے کہ بڑھ کر چالیس منٹ یا زیادہ ہوجائے۔ لہٰذا کسی چھوٹے سے نزف کو بھی جو اتفاقاً ہوجائے کوئی چیز نہیں روک سکتی۔ پروتھرامبین (pro-thrombin) کی تکوین نہایت تاخیر کے ساتھ ہوتی ہے، گو لوحیے جو پروتھرامبین پیدا کرتے ہیں طبعی تعداد میں موجود ہوتے ہیں اور ان کا التزاق بھی طبعی ہوتا ہے۔ تھرامبوکائنیں (thrombokinase)، یعنے فائبرین خمیر کا دوسرا پیش رو بھی کافی مقدار میں موجود ہوتا ہے (2)، لیکن پروتھرامبین کا فائبرین خمیر میں متغیر ہونا بھی نہایت تاخیر کے ساتھ ہوتا ہے۔ اگر ایک استعدادی حالت پیدا کردی جائے تو عرصۂ ترویب بہت کم ہوجاتا ہے، اور علاج میں اسی سے فائدہ اُٹھایا جاتا ہے۔ قلب اور شرائین کا شحمی انحطاط جو بعض اصابتوں میں پایا جاتا ہے، غالباً ثانوی عدم دمویت کا نتیجہ ہوتا ہے۔ بعض دوسری حالتوں کو نزیفیت سے متفرق کرنا ضروری ہے چنانچہ ایک اکتسابی قسم ہے جو کہ "تشکّ فائبرینوجن کی کمی" قلیل الکلس نزیفیت جس میں پست دموی کیلسیم ہو اور حقیقی قلت خلیات علقی سے تعلق رکھتی ہے (42)۔ یہ حالتیں ان مونث دامیات کی توجیہ کرتی ہیں جو کہ گاہے ملتی ہیں۔

علامات ۔ یہ عموماً زندگی کے پہلے سال میں ظاہر ہوجاتے ہیں، اگرچہ بعض اوقات ان میں سات یا آٹھ سال تک تاخیر ہوجاتی ہے۔ نہایت شدید درجہ میں ناک، مسوڑھوں، اور دہن سے، اور نسبتہً کم عام طور پر معدے، پھیپھڑوں، یا اعضائے تناسل سے خود بخود نزف واقع ہوتے ہیں۔ بعض اوقات اِن سے پہلے بُری کا احساس ہوا کرتا ہے۔ نہایت خفیف سے عملیے، مثلاً چیچک کا ٹیکہ لگانے، دانت اُکھاڑنے، پھوڑا چیرنے، یا اُنگلی کے کٹ جانے کے بعد خطرناک بلکہ مہلک نزفات واقع ہوسکتے ہیں۔ اِن نقصانوں کے علاوہ خفیف سی چوٹوں سے جلد کے نیچے بآسانی نزف ہوکر کوفتگیاں یا خون کی رسولیاں پیدا ہوجاتی ہیں۔ مفاصل کے زلالی کہفوں اور بالخصوص گھٹنے کے جوڑ میں

نزف ہوجاتا ہے۔ یہ نہایت عام طور پر سات اور چودہ سال کی عمروں کے درمیان ہوتا ہے اور چوٹوں سے، یا سردی یا رطوبت میں تکشف سے پیدا ہوجاتا ہے۔ جوڑوں کی اس حالت کے ساتھ تپ بھی ہوتی ہے۔ یہ حالت ممکن ہے اچھی ہوجائے، لیکن پھر بار بار عود کر آتی ہے۔ بالآخر ممکن ہے کہ گرد مفصلی انضمامات کی وجہ سے مفصل جاسی یا مُثبّت ہوجائے۔ عضلات کا زیتیتی عارضہ اور توامی ثلاثی عصب کا درد (trigeminal neuralgia) کبھی کبھی نزیفیت کی پیچیدگیوں کے طور پر بیان کیا گیا ہے۔

ممکن ہے کہ اوما آت کے درمیانی وقفوں میں نزیفیت کے مریض بالکل تندرست نظر آئیں، لیکن خون ضائع ہوجانے سے عدم دمویت پیدا ہوسکتی ہے۔ مریض اکثر آٹھ سال کی عمر تک پہنچنے سے پہلے نقصانِ خون سے ہلاک ہوجاتے ہیں لہٰذا اگرچہ اس زمانہ کے بعد اُن کی بقائے حیات کے موقعے زیادہ ہیں، ادھیڑ عمر میں بھی اسی طرح موت واقع ہوسکتی ہے۔

تشخیص۔ اس کا انحصار اس پر ہے کہ خون کا عرصۂ ترویب زیادہ پایا جائے۔

علاج۔ سطحی نزف کے لئے بہترین علاج یہ ہے کہ نقطۂ ادما پر بیکار تھکّوں کو پونچھکر نکال دینے کے بعد قدرے تازہ انسانی خون میں بھگوئی ہوئی نرم روئی لگائی جائے۔ لیکن تازہ حیوانی بافت بھی استعمال کی جاسکتی ہے۔ سب سے زیادہ یقینی طریقہ یہ ہے کہ سانپ کا قشب لگایا جائے۔ سائٹریٹ آمیز خون (citrated blood) کا نقل الدم عرصۂ ترویب کو پانچ سے سات دن کے عرصہ کے لئے کم کردیتا ہے۔ فی الحقیقت یہاں تک کہا گیا ہے کہ ہر منزوف کا پانچ یا چھ ممکن الحصول معطیوں کے مقابلہ میں امتحان کرلینا چاہیئے تاکہ ناگہانی ضرورت کے وقت اُن میں سے کم ازکم ایک تو ہمیشہ دستیاب ہوسکے گا۔ زیادہ مقدار میں خون کے استعمال کی ضرورت نہیں۔ اس کے متبادل کے طور پر سٹریٹ آمیز انسانی پلازما کا نقل الدم کرنا چاہیئے۔ اس حالت میں خون کی گروہ بندی کرنے کی ضرورت نہیں۔ جب کبھی کسی عملیہ کی ضرورت لاحق ہو تو ایک ابتدائی نقل الدم عمل میں لانا چاہیئے۔ اور یہ تیاری چھوٹے سے چھوٹے عملیہ سے قبل بھی کرنا مناسب ہے۔ دس دن پہلے ۱۰ سی سی گھوڑے کے مصل کا تحت الجلد اشراب کرکے مریض میں ایک فاعلی استہدافی حالت پیدا کرنا نسبتہً بہت کم یقینی ہے (41)۔

449

عرصہ ترویب میں کچھ کمی جگر کی غذا دے کر پیدا کی جا سکتی ہے، جس طرح کہ متلف عدم دمویت (42) میں دی جاتی ہے۔جب پلازما کی البیومن گلابیولن نسبت پست ہو (طبعی سہ بمقابلہ ا) تو اسے سکاربک ایسڈ (ملاحظہ ہو اسکروی) ۲۰۰ ملی گرام بالغ کیلئے اور ۰۰ ا ملی گرام بچہ کے لئے کامیاب ثابت ہوا ہے (48)۔

اکڑے ہوئے جوڑ کے لئے گرم ہوائی غسل اور ہلکی مالش کام میں لائی جا سکتی ہے۔ کسی معدم حس دوا کے زیر اثر انضمامات کو توڑنے سے عموماً احتراز کیا جاتا ہے، کیونکہ اس میں تازہ نزف کے شروع کر دینے کا خوف ہوتا ہے، لیکن یہ عمل بلا ایسا حادثہ ہوئے انجام دیا گیا ہے۔اس مرض کی خطرناک نوعیت پر اور نسائی صنف کی وساطت سے اس کے منتقل ہونے کے طریقہ پر نگاہ کی جائے تو یہ بدیہی امر ہے کہ دامی خاندانوں کی عورتوں کو شادی نہیں کرنی چاہیے، گو وہ خود نزیفیت کی شکایت نہ رکھتی ہوں۔

نقل الدم

(BLOOD TRANSFUSION)

اس اصطلاح سے یہ مراد ہے کہ ایک تندرست شخص (معطی = " donor ") کا خون لے کر اس کا اشراب علاج کی غرض سے ایک مریض (یابندہ = "recipient") کے دوران خون کے اندر کیا جائے۔طب میں اس علاج کے داعیات حسب ذیل ہیں۔ (۱) سادہ نزف، مثلاً معدی اور اثنا عشری قرحہ، زحیر، تپ محرقہ، بے محل حمل (ectopic gestation)، نوزائیدہ کا براز دم الاسود (melæna neonatorum)۔(۲) امراض خون، مثلاً شدید پیورا، نزیفیت، عدم دمویت، بیض دمویت۔(۳) شدید سرایتیں، مثلاً ساری التہاب دروں قلبہ۔(۴) شاید بعض تسممات، جیسے کہ محظور یوریا دمویت۔

وہ طریقے ذرا ناپسندیدہ ہیں جن میں معطی کی شریان یا ورید پر شگاف دینے کی ضرورت لاحق ہوتی ہے، کیونکہ اُن میں معطی کے لئے عفونت کا خطرہ گو خفیف مگر صریح ہوتا ہے۔اگر ایک چوڑی کھوکھلی سوئی کو براہِ راست وسطی باسلیق ورید کے اندر

داخل کرکے اُس کے ذریعہ سے خون حاصل کیا جائے تو معطی کے لئے کوئی خطرہ نہیں ہوتا۔ سوئی کی نوک کو ایک ارکنساس پتھر پر تیز کرنا چاہیئے اور عدسہ یا خردبین کی پست طاقت سے اس کا امتحان کرنا چاہیئے۔ "سائٹریٹ طریقہ" ("citrate method") میں سوئی سے خون ربر کی نلی کے ایک چھوٹے ٹکڑے میں سے ہو کر ایک ناپنے کے عقیم ظرف کے اندر آنے دیا جاتا ہے، جس میں (تازہ کشید کئے ہوتے پانی سے بنائے ہوئے) سوڈیم سائٹریٹ کے ۳٫۸ فی صدی محلول کے ۱۶۰ سی سی خون کے ۰۰، سی سی کے لئے موجود ہوتے ہیں۔ بازو کے گرد دباؤ کے ذریعہ سے بہاؤ کی شرح زیادہ کردی جاتی ہے۔ خون کو سارے وقت گرم رکھنا چاہیئے۔ تصفیق کے لئے ایک عقیم استوانی قیف استعمال کی جاتی ہے، جس میں تھوڑا ملح موجود ہوتا ہے، اور ایک ربر کی نلی اور چٹکلی اور سوئی لگی ہوئی ہوتی ہے۔ سوئی کے قریب شیشہ کی نلی کا ایک چھوٹا ٹکڑا حائل کردیا جاتا ہے تاکہ وہ ایک دریچہ کا کام دے، اور اِس کا یقین ہونے کے لئے کہ سوئی ٹھیک مقام پر داخل ہوگئی ہے قیف کو ایک لمحہ کے لئے نیچے جھکا دیا جاتا ہے یہاں تک کہ خون شیشہ کی نلی میں داخل ہوجائے۔ پھر اُسے اونچا اُٹھا کر سائٹریٹیڈ خون سے بھر دیا جاتا ہے۔ ایک عقیم شیشی بھی استعمال کی جاسکتی ہے تاکہ معطی سے خون بذریعہ امتصاص نکال کر خفیف دباؤ کے تحت مریض میں داخل کیا جاسکے۔ اگر معطی پر غشی طاری ہوجائے یا وہ شاحب پڑجائے یا اُسے پسینہ آنے لگے، یا اگر اُس کی نبض ۶۰ سے کم ہوجائے تو خون نکالنا موقوف کردینا چاہیئے۔ فائبرِن ربودہ خون کے استعمال سے امیدافزا نتائج حاصل ہوئے ہیں، بالخصوص سرایتوں میں۔ معلوم ہوتا ہے کہ سائٹریٹیڈ خون کے نسبت فائبرین ربودہ خون اپنے مانع سمّیت یا ضدِ جراثیم خواص زیادہ حد تک قایم رکھتا ہے۔ سائٹریٹ ملانے کے بجائے، جب خون شیشی کے اندر بہ کر آتا ہے تو اُس کو ہلایا جاتا ہے، جس سے فائبرین اُس خمیدہ نلی پر تہ نشین ہوجاتی ہے، جو ڈاٹ سے نیچے شیشی کے پیندے میں جاکر پھر اوپر جاتی ہے۔ اِس خون کو اشراب کرنے سے پہلے عقیم گاز میں سے چھان لینا چاہیئے، تاکہ فائبرین کی چھوٹی چھوٹی دھجیاں خارج ہوجائیں۔ "مناعتی نقل الدم" ("immuno-transfusion") میں معطی کو پہلے سے منیع کرلیا جاتا ہے، یا خون کو

فی الزجاجہ منیع کر لیا جاتا ہے ۔

بعض احتیاطوں کو عمل میں لانا ضروری ہے ۔ معطی کا تعامل وآزرمن دیکھنا چاہئے اور معطی اور یا بندہ کے خونوں کی موافقت کی تعیین ضروری ہے ۔

موافقت (compatibility)- اگر معطی کے خلیئے یا بندہ کے مصل سے ملتزق نہوں تو یہ کافی ہے ۔ آخر الذکر کے خلیات اول الذکر کے مصل سے ملتزق نہ ہوں یہ ضروری نہیں، کیونکہ معطی کا مصل یا بندہ کے دوران خون میں جلد مُرقق ہو جاتا ہے ۔ موافقت کا امتحان کرنے کے لئے معطی کی انگلی سے خون کا ایک قطرہ سوڈیم سائٹریٹ کے ۵ء۱ فی صدی محلول کی ایک سی سی کے اندر گرنے دیا جاتا ہے، اور حاصل شدہ تعلیق کا ایک قطرہ ایک خُردبینی شریحہ پر یا بندہ کے مصل کے ایک قطرے میں ملا دیا جاتا ہے اور پھر اسے ایک شیشۂ محافظ سے ڈھانک دیا جاتا ہے ۔ چند منٹ کے بعد اِس شریحہ کا خردبینی امتحان التزاق کو دیکھنے کے لئے کیا جاتا ہے ۔ افراد کی ترتیب چار گروہوں میں حسب ذیل کی گئی ہے :—

		مصل			
		گروہ ۱	گروہ ۲	گروہ ۳	گروہ ۴
خلیات	گروہ ۱	-	+	+	+
	گروہ ۲	-	-	+	+
	گروہ ۳	-	+	-	+
	گروہ ۴	-	-	-	-

چنانچہ دیکھا جائے گا کہ اگر گروہ ۲ اور ۳ کے مصل مذخور رکھے جائیں تو کسی دیئے ہوئے شخص کے خلیوں کا گروہ دریافت کیا جا سکتا ہے ۔ گروہ ۴ کے خلیوں کا التزاق کسی

ایک سے بھی واقع نہیں ہوتا، اور اسی واسطے گروہ ۴ کے ارکان ہمیشہ معطیوں کے طور پر کام دے سکتے ہیں لیکن عموماً زیادہ بے خطر طریقہ یہی ہے کہ معطی اور یا بندہ دونوں ایک ہی گروہ کے لیئے جائیں۔ یہ بتلایا گیا ہے کہ ایک عیار الوقتی کا شغنہ (time-control test) قرین مصلحت ہے۔ یا بندہ کے مصل کو معروف تاموافقت کے خون سے لیئے ہوئے جسیات کے ساتھ آمیز کیا جاتا ہے، اور التزاق میں جو عرصہ لگتا ہے اس کو ملاحظہ کیا جاتا ہے۔ یہ آدھ گھنٹہ تک ہوتا ہے، اور معطی کے خلیات کو بھی اسی عرصہ تک دیکھتے رہنا چاہیئے۔ ... امیں اتا ۲ کی وہ شرح اموات جو کہ بظاہر موافق خون کے ساتھ واقع ہوتی ہے، اس طریقہ سے کم ہو جاتی ہے (44)۔

خون کا تعامل اور ترشہ سمیت

(REACTION OF THE BLOOD AND ACIDOSIS)

کسی محلول کے تعامل کا انحصار اس کے ہائڈروجن روانات (C_H) اور ہائڈراکسل روانات (C_{OH}) کے ارتکاز پر ہوتا ہے۔ جب تعامل تعدیلی ہو تو ہائڈروجن اور ہائڈراکسل روانات کا ارتکاز مساوی ہوتا ہے۔ جب وہ ترشئی ہوتا ہے تو C_H زیادہ اور C_{OH} کم ہوتا ہے۔ جب وہ قلوی ہوتا ہے تو C_H کم اور C_{OH} زیادہ ہوتا ہے۔ دونوں کا حاصل ضرب ہمیشہ مستقل رہتا ہے۔ تعدیلی نقطے اور جسمانی تپش پر یہ C_H، جسے ہائڈروجن کے فی لیٹر گراموں میں ظاہر کیا جاتا ہے، 1.83×10^{-7} ہوتا ہے، جو کہ $10^{-6.74}$ کے برابر ہے۔ شریانی خون کا C_H تقریباً $10^{-7.40}$ ہے، جو $10^{-6.74}$ کے نسبت کم ہونے کی وجہ سے تعدیلیت سے کسی قدر قلوی جانب پر ہوتا ہے۔ ان امور کو ظاہر کرنے کا جو طریقہ عموماً اختیار کیا جاتا ہے وہ یہ ہے کہ کہا جائے کہ تعدیلی نقطہ پر p_H (C_H کا لوکارتم) ۶٫۷۴ ہے، جب کہ سادگی کی غرض سے علامتِ نفی کو چھوڑ دیا جاتا ہے۔ خون کے C_H کو مندرجۂ ذیل مساوات سے ظاہر کیا جاتا ہے:۔

$$C_H = \text{مستقل} \times \frac{CO_2 \text{ کا دباؤ}}{\text{بائی کاربونیٹ کا ارتکاز}}$$

جب کہ CO_2 کا دباؤ خون میں حل شدہ CO_2 کے تناسب سے ہوتا ہے۔ طبعی اشخاص میں شریانی خون میں CO_2 کا دباؤ اس سے قدرے کم ہوتا ہے کہ جتنا پھیپھڑوں کے جوفیزوں میں CO_2 کا دباؤ ہوتا ہے۔ اس مساوات میں اختلافات بہترین طور پر مندرجہ ذیل جدول میں دیکھے جا سکتے ہیں :-

451

جدول ا۔ ترشہ اساس توازن مختل ہونے کی مثالیں

۱۔ CO_2 کو متاثر کرنے والی۔	۲۔ بائی کاربونیٹ کے ارتکاز کو متاثر کرنے والی۔
(ا) زیادتی ۔ زیادہ تکوین :- تندورزش۔ کمیٔ اخراج ۔ تنفسی مرکز کا مخدرات یا نیند کی وجہ سے پست ہو جانا۔ تنفس میں مداخلت ہونا (قلب یا پھیپھڑوں کے مرض کی وجہ سے)۔ CO_2 میں سانس لینا۔	(ا) کمی ۔ ترشے یا امکانی ترشے ($CaCl_2$ یا NH_4Cl) بافراط نگلنا۔ ترشوں کی مفرط تکوین :- لیکٹک ایسڈ ورزش میں۔ ترشوں کا تاکسد نہ ہونا :- بالخصوص ایسٹو ایسٹک ایسڈ کا۔ ترشوں کا التہاب گردہ میں خارج نہ ہونا۔ اساس کا نقصان۔
(ب) کمی ۔ زائد تنفس :- ارادی، ہسٹیریا میں، جذباتی تکرز میں، محیطی ہیجات کے نتیجہ کے طور پر، حمیات میں، بلند ارتفاعات پر، خالص قلبی بہر میں۔	(ب) زیادتی ۔ اساس ($NaHCO_3$) یا امکانی اساس (مثلاً سوڈیم سٹریٹ) بافراط نگلنا۔ ترشہ کا نقصان مثلاً معدی قولونی ناسور

اگر CO_2 کا دباؤ بائی کاربونیٹ کے تناسب کی حد سے آگے بڑھ جائے تو یہ C_H زیادہ ہو جائے گا۔ بالفاظ دیگر خون غیر طبعی طور پر ترشئی ہوگا۔ یہ حالت ۱ (ا) میں بتائی ہوئی حالتوں میں پائی جاتی ہے اور اسی کو ترشہ دمویت (acidæmia) کہتے ہیں۔ جیسا کہ ۲ (ا) میں بتایا گیا ہے یہی چیز بائی کاربونیٹ کے ارتکاز کی کمی سے بھی پیدا ہو جاتی ہے۔ قلی دمویت (alk‿læmia) کی اصطلاح اس کی برعکس حالت کے لئے استعمال کی جاتی ہے جس میں C_H غیر طبعی طور پر کم ہو جاتا ہے۔ جیسا کہ

ا (ب) میں بتایا گیا ہے یہ CO_2 کی کمی سے پیدا ہوجاتی ہے یا جیسا کہ ۲ (ب) میں بتایا گیا ہے بائی کاربونیٹ کی زیادتی سے پیدا ہوجاتی ہے۔ یہ ایک خفیف حد تک بلند ارتفاعات پر اور زوردار تنفس کی وجہ سے جسم سے CO_2 دھل کر خارج ہوجانے کے بعد پیدا ہوتی ہے (بے دخانی) (۱ ب) اور بعض اوقات تکزز (tetany) کی حالت میں بھی (ملاحظہ ہو صفحہ 488)۔ یہ قلی کی بڑی مقداریں لینے کے بعد بھی واقع ہوجاتی ہے (۲ ب) جس سے شکر کی برداشت کی کمی اور کیتونیت ہوجاتی ہے۔

اگرچہ CO_2 کا ارتکاز تنفس پر منحصر ہوتا ہے، لیکن بائی کاربونیٹ رواں کا ارتکاز خون کے غیر طیران پذیر ترشئی اور اساسی مادوں کا حاصل ہوتا ہے۔ اہم ترشئی مادے یہ ہیں:۔ آکسی ہیموگلوبن اور مختلف ترشے جو تحول کی اثنا میں پیدا ہوتے ہیں مثلاً کلورائیڈ فاسفیٹ، سلفیٹ اور غیر طبعی ترشے جیسے کہ بیٹا آکسی بٹرک ایسڈ اور ایسٹو ایسٹک ایسڈ۔ اساسی مادے یہ ہیں:۔ سوڈیم پوٹاشیم، کیلشیم اور میگنیشیم۔ بائی کاربونیٹ جو کہ ان کا حاصل ہے، خون میں CO_2 کی اس مقدار سے ناپا جاتا ہے جو کہ CO_2 کے ایک مقررہ دباؤ یعنی ۴۰ ملی میٹر پر پائی جائے۔ اس کو خون کا قلوی محفوظہ (alkali reserve)، یا ثابت کاربن ڈائی آکسائیڈ (fixed CO_2)، یا دموی بائی کاربونیٹ (blood bicarbonate) کہتے ہیں۔ اس کی طبعی قدر ۳۸ درجہ سینٹی میٹر پر خون کی ہر سی سی میں ۴۰ اور ۷۵ سی سی کے درمیان ہوتی ہے۔

"ترشہ سمیت" (acidosis) کی اصطلاح کو ابتداءً جسم کے اندر ایسٹو ایسٹک ایسڈ اور بیٹا آکسی بیوٹائرک ایسڈ کی پیدائش اور پیشاب کے اندر ان کے اخراج کو ظاہر کرنے کے لئے رائج کیا گیا تھا، جو ذیابیطس میں ہوا کرتا ہے۔ اب اس حالت کو کیتونیت (ketosis) کہتے ہیں۔ نسبتہً حال ہی میں ترشہ سمیت کی اصطلاح کو قلوی محفوظ کی کمی کے مترادف کے طور پر استعمال کیا گیا ہے، خواہ یہ کمی کسی بھی طریقہ سے پیدا ہوگئی ہو۔ لیکن دوسرے مصنفین نے اس اصطلاح کو خون کے C_H کی زیادتی کو ظاہر کرنے کے لئے استعمال کیا ہے، جو ایک بالکل

مختلف چیز ہے۔ اصطلاحات کے اِس خلط ملط کے باعث بہترین یہی ہے کہ ترشہ سمیت کی اصطلاح کو جسم کے اندر ترشہ کی پیدائش کے عمل کو ظاہر کرنے کے لئے، اور قلوی کثرت (alkalosis) کی اصطلاح کو قلی کی پیدائش کے عمل کو ظاہر کرنے کے لئے استعمال کیا جائے۔

مندرجہ بالا تصریحات بُہر کے بعض عام اقسام کے اسباب پر غور کرتے وقت اہمیت رکھتی ہیں۔ نفاخ، دمہ اور شعبی التہاب میں اور رسولیوں کے باعث پیدا شدہ شعبی نسدد میں، جب کہ اِن حالتوں کے ساتھ بُہر موجود ہو، خون کے اندر CO_2 کے اجتماع کے باعث نمایاں ترشہ دمویت موجود ہوتی ہے (جدول میں ا، ا)۔ ایسی حالتوں میں پھیپھڑوں کی حالت کی وجہ سے، یہ کاربن ڈائی آکسائڈ (CO_2) باوجود تنفس کی زیادتی کے خارج نہیں ہو سکتی۔ ممکن ہے کہ اِن میں سے بعض حالتوں میں آکسیجن کی قلت بھی بُہر کی پیدائش میں حصہ لیتی ہو۔ خون کا قلوی محفوظ ممکن ہے تقریباً طبعی رہے، گو یہ اکثر بہت زیادہ ہو جاتا ہے کیونکہ اساس بافتوں سے خون میں منتشر ہو جاتے ہیں۔

مطرانی مرض (mitral disease) کے بُہر میں زیادتی تنفس کی وجہ سے کاربن ڈائی آکسائڈ (CO_2) کم ہو جاتا ہے لہٰذا قلی دمویت موجود ہوتی ہے (اَ ب)۔ قلوی محفوظ طبعی ہوتا ہے، بہ شرطیکہ کوئی نہایت وسیع عام اُذیما موجود نہ ہو۔ آخر الذکر کی موجودگی میں ممکن ہے کہ قلوی محفوظ کم ہو جائے۔

452

سریریاتی اہمیت رکھنے والی دوسری حالتوں میں ترشہ دمویت موجود ہو سکتی ہے: یہ حالتیں کیتونیت، مزمن یا "حاد" نہا کتی" یوریا دمویت، اور انشناج (eclampsia) ہیں۔ کیتونیت میں خون کے اندر ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ اور بیٹا آکسی بیوٹائرک ایسڈ کا اجتماع ترشہ دمویت کا اولی سبب ہوتا ہے۔ یہ مرکز تنفس کو تہیج پہنچاتے ہیں، جس سے تنفس زیادہ ہو کر کاربن ڈائی آکسائڈ دھل کر خون سے باہر نکل جاتا ہے، اور ساتھ ہی قلوی محفوظ بھی کم ہو جاتا ہے۔ لیکن کاربن ڈائی آکسائڈ کی کمی تناسب کے ساتھ نہیں ہوتی، چنانچہ بالکل ابتدائی درجوں میں C_H میں کچھ زیادتی نا پی جا سکتی ہے۔ آخر درجوں میں قوما کے آغاز کے زمانہ میں ممکن ہے کہ نہایت شدید

درجہ کی ترشہ دمویت واقع ہوجائے (۲، ا)۔ ذیابطیس کے بیان میں کیتونیت پر مزید غور کیا جائے گا۔ یوریا دمویت، اذیمائی التہاب گردہ، التہاب گردہ اور انشناج کی ترشہ دمویت بھی غالباً ثابت ترشوں کے اجتماع کے باعث پیدا ہوجاتی ہے، بالخصوص فاسفیٹ اور سلفیٹ روانوں کے اجتماع سے۔ یوریا دمویت کے قوما کی ایک اصابت میں (۲، ا) موت سے تھوڑے عرصہ پہلے pH ۲۷، ۷ تھا۔ نفاخ کی ایک اصابت میں جس میں کاربن ڈائی آکسائڈ کا احتباس تھا (۱، ا) موت سے چند ہفتے پہلے، جب کہ مریض کامل ہوش میں چلتا پھرتا تھا، pH ۲۴، ۷ تھا۔ پس یہ بہت مشکوک ہے کہ آیا ترشہ دمویت بذاتہٖ یوریا دمویتی قوما کا سبب ہوتی ہے، کیونکہ نفاخی مریض کا خون زیادہ ترشئی تھا۔ زیادہ اغلب یہ ہے کہ قوما خون میں محبوس شدہ ترشئی اشیاء کی زہریلی نوعیت کے باعث ہوتا ہے۔ اسی نظریہ کا اطلاق کیتونیت پر ہوسکتا ہے، کیونکہ اس حالت میں ایسٹو ایسٹک کے سالمہ کی ساخت سے اس امر کی اچھی شہادت ملتی ہے کہ یہ بذاتہٖ ایک زہر ہے (Hurtley & Trevan)۔ طبعی حمل میں اور ثانوی منقبض گردے (secondary contracted kidney) میں یوریا دمویت طاری ہونے سے بہت پہلے قلوی محفوظ کی قابلِ پیمائش کمی واقع ہوجاتی ہے۔ کثیر خلوی دمویت میں اور گیس گنگرین میں اور غالباً مختلف حموی حالتوں میں بھی قلوی محفوظ کم ہوجاتا ہے۔

اگر قے یا معدی قولونی ناسور (۲، ب) کے ذریعہ معدہ سے ترشہ ضائع ہوجائے تو قلوی محفوظ بڑھ کر قلوی دمویت پیدا ہوجاتی ہے۔ بعض اصابتوں میں ایک ثانوی کیتونیت پیدا ہوجاتی ہے اسی طرح جس طرح کہ قلیاں نگلنے کے بعد اور قلوی دمویت کے باوجود پیشاب ترشئی رہتا ہے (37)، کیونکہ ملح ضائع ہوجاتا ہے (47)۔

خون کے C_H کو نسبتہً تنگ حدود کے درمیان رکھنے کے لئے مختلف میکانیئے پائے جاتے ہیں۔ گردوں کی راہ سے ترشہ دو طرح سے خارج ہوتا ہے:۔ (ا)۔ اساسی کے مقابلے میں ترشئی فاسفیٹ کی زیادتی کی وجہ سے پیشاب خون کی نسبت

زیادہ ترشئی رہتا ہے۔ (ب) ایمونیا پیدا ہوتی ہے اور یہ ترشوں کے ساتھ ممزوج ہو کر تعدیلی ملحات بنا دیتی ہے، جو کہ خارج ہو جاتے ہیں۔ چنانچہ پیشاب کی ایمونیا بڑھ جاتی ہے۔ (ج) قلی بھی گردوں کی راہ سے خارج ہوتی ہے۔ یہ خالص قلبی بھریں اور بلندار تفاعات پر واقع ہوتا ہے، جہاں CO_2 کا دباؤ بیش تنفسی کی وجہ سے گھٹ جاتا ہے (ا، ب)۔ پھر گردوں کی راہ سے قلی ضایع ہوتی ہے اور قلوی محفوظہ کم ہو کر قلوی دمویت گھٹ جاتی ہے۔ (د) قلوی محفوظہ کا C_H کے تغیرات روکنے کا یہ فعل، بافتوں سے مدد حاصل کرتا ہے، جو ثابت ترشے اور اساسات لینے اور دینے کی طاقت رکھتی ہیں، بلکہ ثابت ترشے تیار کرنے کی طاقت بھی، مثلاً قلی نگلنے کے بعد کیتون اجسام۔

تشخیص۔ سانس کا پھول جانا ترشہ دمویت کی ایک قیمتی دلالت ہے۔ لیکن یہ امور ذیل کے باعث ہو سکتا ہے:۔ (الف) آکسیجن کی احتیاج (ب) معکوس فعل کے طور پر جو کہ شاید اولی مرض قلب کی حالت نہیں ہوتا ہے، جس میں تنفسی پمپ، دوران خون کو مدد دیتا ہے۔ (ج) تنفسی مرکز کی مقامی خراش، (د) ترشہ دمویت، خون میں کاربن ڈائی آکسائڈ یا ثابت ترشہ کی زیادتی۔ (الف) مریض میں غالباً کبودی یا زراق ظاہر ہوگا۔ (ب) تنفس تیز ہوتا ہے، اور مرض قلب کے علامات موجود ہوں گے۔ (د) درون مجمی مرض کے علامات موجود ہوں گے، مثلاً دماغی نزف، اور مریض غالباً بے ہوش ہوگا۔ (ہ) جہاں اولی ضرر شش مفقود ہو، جو غالباً کاربن ڈائی آکسائڈ کی زیادتی کے باعث ترشہ دمویت پیدا کر دیتا ہے، وہاں تنفس کی زیادتی غالباً خون کے اندر ثابت ترشہ کی زیادتی کے باعث ہوتی ہے۔ تنفس اکثر آہستہ اور گہرے ہوتے ہیں۔ ثابت ترشہ کی مقدار کا صحیح ترین ناپ قلوی محفوظہ کی است تخمین سے معلوم ہوتا ہے، لیکن یہ بمشکل ایک سریری طریقہ ہے۔ تین دوسرے طریقے استعمال کئے جا سکتے ہیں:۔ (۱) پیشاب کے ایک نمونے میں مجموعی نائٹروجن کے مقابلہ میں ایمونیا نائٹروجن کی نسبت کی تخمین کی جاتی ہے۔ طبعی طور پر یہ ۳ تا ۵ فی صدی ہوتی ہے۔ ترشہ دمویت کی شدید اصابتوں میں ۲۰ تا ۴۰ فی صدی کی قدریں حاصل ہو سکتی ہیں۔ (۲) جو فیزی

453

کاربن ڈائی آکسائیڈ کی پیمائش کسی آلہ سے کی جاتی ہے، مثلاً فرائی ڈیریشیا کے کاربن ڈائی آکسائیڈ کی تنید گی پیما (Fridericia's CO_2 tensimeter) سے جس میں ایک تخمین تقریباً دس منٹ لیتی ہے۔ (۳) سوڈیم بائی کاربونیٹ کی وہ مقدار معلوم کی جائے، جو پیشاب کو لیتمس کے لئے قلوی بنانے کے لئے براہ دہن دینی پڑے۔ اس کے لئے معمولی اشخاص میں پانچ گرام کافی ہوتے ہیں۔ جب قلوی محفوظہ کم ہو جائے تو نسبتہً زیادہ مقدار کی ضرورت ہوگی، اور اس کی شناخت کے لئے بتدریج بڑھتی ہوئی مقداریں تین تین یا چار چار گھنٹوں کے فاصلوں سے دی جائیں (Sellards)۔

یہ نہایت ضروری ہے کہ کیتونیت کے (جس میں ثابت ترشوں کی نوعیت معلوم ہوتی ہے) اور دوسری حالتوں کے درمیان، جن میں قلوی محفوظہ کی کمی اور ترشہ دمویت ہوتی ہے، واضح فرق کیا جائے۔ پیشاب میں فیرک کلورائیڈ ملانے سے مہاگنی جیسا بھورا رنگ، اور راتھیرا (Rothera) یا لیگال (Legal) کے کاشفوں سے ارغوانی رنگ ظاہر ہونے سے، نیز سانس میں ایسیٹون کی بو ملنے سے کیتونیت کی تشخیص بہ آسانی ہو سکتی ہے۔ کیتونیت کی موجودگی ہمیشہ جسم کے اندر قابل حصول کاربوہائیڈریٹ کی کمی کی وجہ سے نہیں ہوتی، کہ جس سے ترشہ سمیت کا رجحان ہوتا ہے۔ وہ سوڈیم بائی کاربونیٹ کی بڑی مقداریں دینے سے پیدا ہو جاتی ہے، جو قلی دمویت پیدا کر دینے کا رجحان رکھتا ہے۔

علاج۔ پہلے بیان کیا گیا ہے کہ یہ مشکوک ہے کہ ترشہ دمویت بذاتہٖ کس حد تک موت کا سبب ہوتی ہے۔ لیکن جب وہ قلوی محفوظہ کی کمی کے ساتھ موجود ہو تو ہمارے علم کی موجودہ حالت میں اس کا ازالہ کرنا ہی قرین عقل ہے۔ اس مقصد کے لئے سوڈیم بائی کاربونیٹ یا سوڈیم سائٹریٹ ایک ایک ڈرام کی معتادوں میں ہر دوسرے گھنٹے براہ دہن دیا جا سکتا ہے۔ حاد اصابتوں میں عقیم دو فی صدی سوڈیم بائی کاربونیٹ کا دروں وریدی اشراب کیا جا سکتا ہے۔

جہاں یہ سمجھا جائے کہ سریری حالت خون کے اندر سموم کی موجودگی

کی وجہ سے ہے، وہاں اِن سموم کی پیدائش کو روکنا (ملاحظہ ہو کیتونیت کے تحت) اور اُن کے اِخراج میں آسانی پیدا کرنا چاہیئے (ملاحظہ ہو ذیابیطسی قوما کا علاج)۔

امراضِ طحال

طحال شکم کے بالائی حصے میں بائیں جانب واقع ہے، اور پسلیوں سے بالکل چھپی ہوئی ہوتی ہے۔ تندرستی میں اُس کے محل وقوع اور ضخامت کی تخمین محض بذریعہ قرع کی جاسکتی ہے۔ بائیں زیر بغلی خطّے میں نویں، دسویں اور گیارھویں پسلیوں اور مشمولہ فضاؤں میں اصمیت پائی جاتی ہے۔ سامنے یہ اصمیت اُس خط سے محدود ہوتی ہے، جو بائیں بھٹنی سے گیارھویں پسلی کی نوک تک کھینچا جائے، پیچھے وہ تقریباً اُس خط تک پہنچتی ہے، جو عضلہ عریضہ ظہریہ کے اگلے حاشیے کے ساتھ مسلسل ہے۔ جب طحال بڑی ہوجاتی ہے تو وہ نیچے اور سامنے کی طرف پھیل جاتی ہے، اور اگر اس وقت جب کہ مریض گہری سانس لے نویں اور دسویں ضلعی کریوں کے نیچے اُنگلیاں رکھی جائیں تو طحال کا حاشیہ اُن کے ساتھ ٹکرائے گا۔ اگر کلانی اور زیادہ ہو تو طحالی حاشیہ اس مقام پر واضح طور پر پسلیوں کے نیچے آجاتا ہے، چنانچہ وہ بہ آسانی محسوس کیا جاسکتا ہے، اور کم وبیش شکم کے بائیں بالائی رُبع میں واقع ہوتا ہے۔ انتہائی اصابتوں میں طحال نیچے رُباط پوپارٹ تک پہنچ جاتی ہے اور خط درمیانی کو ناف کے نیچے عبور کرتی ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ وہ بائیں جانب اوپر ہی رہے۔ اگلی دیوار شکم میں سے قرع کرنے پر بڑھی ہوئی طحال ہمیشہ اصمیت ظاہر کرتی ہے۔ وہ زیریں پسلیوں کے عین نیچے سے نکلتی ہے اور اگلی دیوار شکم کے تماس میں رہتی ہے۔ بعض اوقات اُس کی کور پسلیوں کے نیچے سے بروز کرتی ہوئی پیچھے کوکھ میں محسوس ہوتی ہے۔ اُس کے اگلے حاشیہ میں اکثر ایک یا دو واضح کٹاؤ ملتے ہیں۔ اگر کلانی بہت زیادہ ہو تو ممکن ہے کہ بائیں جانب میں ایک کھنچاؤ یا وزن کا احساس ہو۔

ممکن ہے کہ انفعامات کی تکوین، یا اُس سے پیدا ہو جانے والے گرد طحالی التہاب کی وجہ سے درد موجود ہو، لیکن حمیات کے ساتھ کی کلانیوں میں درد کوئی نمایاں خصوصیت نہیں ہوتی۔ طحال کے لاشعاعی امتحان کے لئے ملاحظہ ہو صفحہ 383۔

نسیجیاتی نقطۂ نظر سے طحال ایک لختکی ترتیب رکھتی ہے اور اُسکی شریانی رسد یا تو (۱) مالفیجی جسیمات کو جاتی ہے، جو محض چھوٹے لمفائی غدد ہیں، یا (۲) وریدی جوفوں کو، اور علیٰ ہذالقیاس وریدوں کو، یا (۳) لُبّ کو، اور پھر دیواروں کے مسامات میں سے ہوکر براہِ راست وریدوں کو۔ وریدی جوفوں میں یا لُبّ میں داخل ہونے سے پہلے خون هلیلجی نما اجسام میں سے ہوکر گذرتا ہے، جو شریانات پر واقع ہوتے ہیں، اور جن کا فعل دوسرے افعال کے علاوہ یہ ہے کہ وہ مصراعوں کے طور پر عمل کرتے ہیں اور لُبّ یا وریدی جوفوں سے خون کو شریانی نظام کے اندر واپس نہیں جانے دیتے۔ لب ایک تشبک جال سے بنتا ہے، جس پر کثیر قطبی خلیے اور بڑے اَمیبائی اکال خلیے واقع ہوتے ہیں۔ یہ تین عناصر ملکر شبکی دہ حلمی نظام بناتے ہیں۔

454

طحال کے اہم افعال خون کے اندر کے اجسام غریبہ کی خلوی اکالیت اور بے کار اور خستہ دموی جسیمات کا اتلاف ہیں۔ لیکن طحال دموی حجم کو کم و بیش کرنے کا کام بھی کرتی ہے، اور لب میں کے خون کو طحالی وریدوں میں اور اِس طرح دورانِ خون میں موقعہ کے لحاظ سے بھیجتی رہتی ہے۔ چنانچہ ممکن ہے کہ دورانِ نزف میں، یا دوران ورزش میں یا حرارت میں تکشف ہونے پر (جب کہ تبریدی اغراض کے لئے جلد میں فاضل خون کی ضرورت ہوتی ہے) یا اختناق کے دوران میں، طحال سکڑ کر اپنی طبعی جسامت کا پاؤ یا ⅙ حصہ رہ جائے (25)۔ دورانِ مرض میں طحال کی جسامت نہایت تغیّر پذیر ہوتی ہے، جس کی وجہ غالباً یہی کم و بیش کرنے کا فعل ہے۔

اب اُن امراضیاتی تغیرات کا خلاصہ درج کیا جائے گا، جو طحال میں ممکن الوقوع ہیں۔ اُن کے علامات اور علاج کی بحث دوسری جگہ درج ہے :۔

فعّال اِمتلا (active congestion)۔ طحال بہت سے حاد ساری

اعمال میں بڑی ہو جاتی ہے، خصوصیت کے ساتھ تپ معویہ، حمیٰ ناکسہ، ایگیو (ague) اور دوسرے ملیریائی حمیات میں، ذات الریہ، تقیح الدم، خبیث التہاب دروں قلبہ (malignant endocarditis)، پریپیورا، سل ریوی اور حاد تدرن میں حمیٰ نفاسیہ (puerperal fever) سرخ بادہ (erysipelas) اور آتشک میں کسیقدر کم کلانی ہوتی ہے۔ عروق شعریہ اور وریدیں خون سے متمدد اور پر ہوتی ہیں۔ طحالی لب متورم اور کیسۂ طحال متمدد ہوتا ہے۔ موت کے بعد طحال سیاہ سرخ یا ارغوانی رنگ کی اور نہایت نرم پائی جاتی ہے اور لب پانی کی رو سے بآسانی دھلکر خارج ہو جاتا ہے۔ میور (Muir) کے خیال کے مطابق طحال میں ساری اعمال سے حسب ذیل نسیجیاتی تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں :- لُب کے خلیوں، بالخصوص غیر ذرانی زجاجی خلیوں اور درحلمی خلیوں کی شدید تخلوی اکالی فعلیت، چنانچہ ان میں کثیر التعداد سرخ خلیے، اور تعدیل پسند سپید خلیے موجود ہوتے ہیں۔ لب میں لبی خلیوں کی موجودگی۔ مالفیجی جسیمات کی بہ ظاہر کلانی اُن کے گرد کے خلیوں کے تکاثر کے باعث۔

التہاب طحال (splenitis) اور گرد طحالی التہاب (perisplenitis)-

ان میں سے بعض ساری حالتوں میں مرضی عمل بیش دمویت کے درجہ سے بڑھ کر حاد التہاب کے درجہ میں پہنچ جاتا ہے، جیسا کہ زیگلر (Ziegler) کی رائے کے مطابق عروق اور لب کے اندر سپید خلیوں کی مقدار کثیر کے ملنے سے ظاہر ہوتا ہے۔ خراج، عام التہاب طحال کا نہایت شاذ نتیجہ ہوتا ہے۔ التہاب طحال کے ساتھ ساتھ ممکن ہے کہ کیسہ کا التہاب، یعنی التہاب کیسہ (capsulitis) یا گرد طحالی التہاب (perisplenitis) ہو، اور اس کے نتیجہ کے طور پر متصلہ اعضا یا جدار شکم کے ساتھ انضمامات پیدا ہو جاتے ہیں۔ حاد یا مزمن التہاب کیسہ بارہا امتحانات بعد الممات میں پایا جاتا ہے، اور اس کا وقوع اکثر، بالخصوص حاد شکل میں، ساری اعمال کی طرف منسوب کیا جا سکتا ہے۔

سدادی مفعمات (embolic infarcts) -

یہ آن فائبرینی ذرات کے انعزاز کا نتیجہ ہوتے ہیں، جو قلب کے مصراعوں سے یا اس کے کہفوں میں علقات سے جدا ہو گئے ہوں۔ یہ مفعمات فانہ شکل یا مخروطی تودے ہوتے ہیں، جو ممکن ہے کہ

ایک بڑی جسامت حاصل کرکے طحال کا نصف یا دو ثلث حصہ پُر کریں۔ یہی طحالی کلانی کا سبب ہوتے ہیں۔ اِن میں کوئی تغیرات ظاہر ہوتے ہیں جو دوسری جگہ (صفحہ 313) بیان کئے گئے ہیں، اور یہ عفونتی اصابتوں میں قیحی ہو جا سکتے ہیں۔ بعض دمویت اور طحالی عدم دمویت کی طحالوں میں بھی منفعات واقع ہو سکتے ہیں۔

دَرَنہ (tubercle)۔ یہ طحال میں عام تدرن کے جزو کے طور پر رمادی یا اکثر شوخ سرخ گرہکوں کی شکل میں واقع ہوتا ہے، جو ممکن ہے کہ چھوٹے مٹروں کی جسامت تک پہنچ جائیں، اور جو جرم کے طول و عرض میں اور اس کی سطح پر منتشر ہوتی ہیں۔ بعض اوقات ایک انچ قطر تک کے بڑے زرد جبنی تودے پائے جاتے ہیں، اور یہ طحالی کلانی پیدا کر سکتے ہیں۔

مزمن کلانی کے دوسرے اسباب۔ ملیریا، کساحت (rickets)، پیدائشی آتشک، مرضِ ہاجکن، اور احمر دمویت (erythræmia) میں معتدل درجہ کی کلانی دیکھی جاتی ہے۔ آتشکی صمغیہ (syphilitic gumma) شاذ ہوتا ہے، لیکن بیض دمویت میں، بالخصوص گاوچر (Gaucher) کی قسم کی بیض دمویت میں، رضیعی کاذب بیض دموتی عدم دمویت (infantile pseudo-leukæmia anæmia) میں کلاں طحالی کہبت (splenomegallic cirrhosis) میں، کالا آزار میں اور مصری کلاں طحالی (Egyptian splenomegally) میں سب سے زیادہ بڑی جسامت ہو جاتی ہے، اور ان سب میں ممکن ہے کہ طحال شکم کے ایک بڑے حصے کو پُر کرے۔ کیسیتی دوریرہ اور نزف سے پیدا ہو جانے والے پرانے دموی دوریرے بھی کبھی کبھی کلاں طحالی پیدا کر دیتے ہیں۔ بالآخر بڑی طحالوں کا ایک مختلف الانواع گروہ ہے، جو عدم دمویت کے ہمراہ پایا جاتا ہے، جس میں سے بہتوں کو طحالی عدم دمویت (splenic anæmia) کا نام دیا گیا ہے۔ ان کی جماعت بندی حسب ذیل کی گئی ہے (30):—

(۱) کلاں طحالی معہ گرد ھلیلجی نما نزفات اور گرھکی جلد بلدیت کے (splenomegally with peri-ellipsoidal hæmorrhages and

nodular siderosis) ۔ تراشیدہ سطح پر متعدد بے قاعدہ شکل کی لوہا اور چونا مشمول رکھنے والی، زردی مائل بھوری گرہیں ہوتی ہیں، جو قطر میں ایک الپین کے سرے سے لے کر کئی ملی میٹر تک کی ہوتی ہیں۔ نیز چھوٹے گول یا بیضوی نزفات ہوتے ہیں۔ گرہیں اور نزفات دونوں ہلیلجی نما اجسام کے گرد واقع ہوتے ہیں اور طحالی لب کے اندر ان منتشر بے قاعدہ نزفات سے بہ آسانی متفرق کئے جا سکتے ہیں، جو کلاں طحالی کی تمام اقسام میں عام ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ گرہیں محض نزفا کا آخری نتیجہ ہوں، لیکن اس سے بھی زیادہ اس کا امکان ہے کہ یہ سرایت (ایک فطریت یا ایک سبحی شعریہ) کے باعث ہوں (31)۔ (۲) بے صفرا بولی یرقان (acholuric jaundice)، جو پہلے ایک جداگانہ مرض کی حیثیت سے بیان کیا گیا ہے۔ (۳) وہ کلاں طحالی جو کہ طحالی یا بابی وریدوں کی علقیت کے ہمراہ پائی جائے۔ کلانی کا اولی سبب علقیت معلوم ہوتا ہے، جو ممکن ہے کہ ورید کی دیوار کے انحطاط یا اتھیروما کے باعث ہو۔ طحال لب کی بڑی بیش پرورش اور ساتھ ہی وسیع منتشر لیفیت ظاہر کرتی ہے۔ (۴) خالص طحالی بلیش پرورش (splenic hypertrophy) جس کے ساتھ لیفیت ہو یا نہ ہو، اور جس سے بوجہ زیادہ دموی آتلاف کے عدم دمویت پیدا ہو جاتی ہے۔ (۵) "لیفی غدی انحطاط" ("fibro-adénie")، جیسا کہ بنٹی (Banti) نے بیان کیا ہے۔ یہ ایک نہایت شاذ حالت ہے بشرطیکہ یہ اس ملک میں ہوتی ہو۔ مرض بنٹی کی اصطلاح کا اطلاق طحالی عدم دمویت کی ان اصابتوں پر کیا جاتا ہے جن میں جگر کچھ عرصہ کے بعد اکھب ہو جاتا ہے۔ (۶) طحال کی شبکی درحلمی بلیش پرورش (reticulo-endothelial hypertrophy) وہ حالت ہے جس میں لب کے طول و عرض میں اور وریدی جوفوں میں بڑے بڑے درحلمی خلیے منتشر ہوتے ہیں۔ ان اصابتوں کے کچھ تناسب میں مزمن سرایت، فشل قلب اور مزمن بابی کہبت سبب مرض ہوتے ہیں۔ ذیابیطس کی اصابتوں میں ممکن ہے کہ خلیات میں لپائڈ موجود ہوں۔ جب درحلمی خلیے بہت صریح ہوں تو اس مرض کو عموماً مرض گاؤچر کہتے ہیں، اور بعض اصابتوں میں شبکی درحلمی تکاثر اس قدر افراط کے ساتھ ہوتا ہے کہ

اس سے حقیقی سلعی تکوین کا گمان پیدا ہوتا ہے۔

مندرجہ ذیل تین شاذ امراض کو شبکی درحلمی نظام کے امراض کے نام سے جماعت بند کیا جاتا ہے۔

گاؤچر (Gaucher) کا مرض۔ طحالی تغیرات کے علاوہ جو کہ اوپر بیان کئے گئے ہیں، شبکی درحلمی بیش پرورش کے متالی خلیات، لب عظام، لمفی گرہوں اور جگر میں پائے جاتے ہیں، جو کہ نہایت ہی بڑھے ہوتے ہیں۔ مرض زمانہ شیرخواری میں یا بچپن میں غیر محسوس طور پر شروع ہوتا ہے اور نہایت ہی مزمن ممر اختیار کرتا ہے۔ نزف اور عدم دمویت اس سے کم نمایاں ہوتے ہیں کہ جتنے طحالی عدم دمویت میں کہ جس کے ساتھ زمانہ ماضی میں یہ جماعت بند کیا گیا ہے۔ اوپری غدے بڑھے ہوئے نہیں ہوتے۔ جلد ممکن ہے بھوری ہو، اور ملتحمات کی ایک "عجیب زردی مائل فانہ نما دبازت پائی جاتی ہے، جو کہ قرنیہ کے دونوں جانب دکھائی دیتی ہے۔" ہڈیوں پر لبی تغیرات کا اثر لاشعاعوں کے ذریعہ دیکھا گیا ہے۔ تشخیص کلانی طحال اور دوسری علامات پر منحصر ہوتی ہے۔ طحالی کچو کا ممکن ہے خطرناک ہو۔ طحال برآری نہایت ہی یقینی علاج ہے، لیکن شرح اموات کسیقدر بلند ہے۔

نائی مین اور پک (Niemann-Pick) کا مرض۔ شبکی درحلمی نظام کے بڑے خلیات لپائڈ پر مشتمل ہوتے ہیں اور "کف دار" نظر آتے ہیں۔ یہ مرض تقریباً تمامتر نوعمر یہودی بچوں میں ہوتا ہے، اور زیادہ تر عورت بچوں میں، اور وہ غذا دہی کے اختلالات سے شروع ہو کر جلد ہی خوار اور بین روسرایت سے ہلاکت واقع کر دیتا ہے۔ طحال، جگر اور لمفی گرہیں بڑھی ہوئی ہوتی ہیں۔ بھوری لونیت، عدم دمویت اور معتدل ابیض خلویت موجود ہوتی ہے۔

ھینڈ اور کرسچن (Hand-Christian) کا مرض۔ لپائڈ خلوی اجتماعات خاص طور پر چپٹی ہڈیوں میں واقع ہوتے ہیں، اور جب جمجمہ میں موجود ہوں تو جحوز العینین، جو کہ بسا اوقات یک جانبی ہوتا ہے، اور ذیابیطس پیدا کرتے ہیں، جو کہ ایک ممیز علامیہ ہے۔ یہ ابتدائے طفولیت میں واقع ہوتا ہے اور قزمیت،

نزفات، اور کسور عام ہوتے ہیں۔

امراض نظام لمفائیہ

نظام لمفائیہ جن امراض سے متاثر ہو سکتا ہے اُن کی اکثریت عروق لمفائیہ کے اندر کوئی شئے غریب، مثلاً خرد عضویے، سلعی خلیات، یا کوئی جامد ذرات، اور بعض امراض کے زہر (جو ممکن ہے کہ بالآخر خرد عضوی نوعیت کے ثابت ہوں) داخل ہونے کا نتیجہ ہوتی ہے۔ اس سے یا تو حاد التہاب پیدا ہو جاتا ہے یا غدے میں اُسی نوعیت کا تغیر پیدا ہو جاتا ہے جو کہ شئے غریب کے منبع میں ہوتا ہے۔ ان تغیرات کی مثالیں اس کتاب میں شروع سے آخر تک پھیلی ہوئی ہیں۔ التہاب لمفی عروقی میں لمفی عروق، عفونی زہروں کے نتیجہ کے طور پر ملتہب ہو جاتے ہیں۔ لمفی عروق کا تسدد، یا لید کا نتیجہ ہوتا ہے یا حاد یا مزمن التہاب کی وجہ سے انداب ہو جانے کا۔ 456

مرض ہاجکن

(Hodgkin's disease)

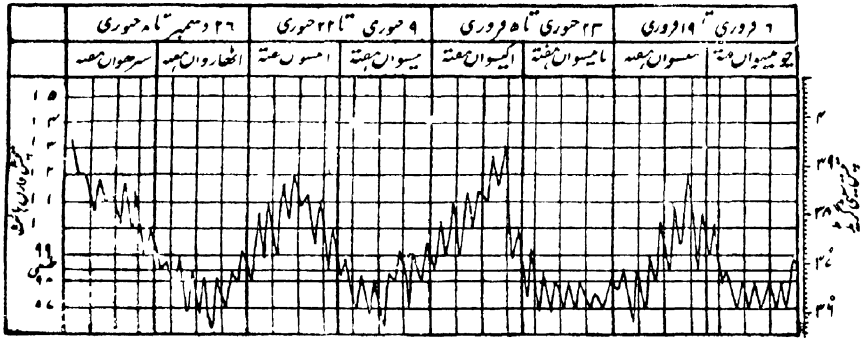
خبیث لمفی غدی سلعہ لمفی ذبابی سلعیت، کاذب بیض دموت

(LYMPHADENOMA MALIGNA, LYMPHOGRANDLOMATOSIS, PSEUDO-LEUKÆMIA)

ولکس (Wilks) نے اِس مرض کو ہاجکن کے نام سے موسوم کیا، جس نے ۱۸۳۲ء میں غدد لمفائیہ کی کلانی کی اصابتوں کا ایک سلسلہ ابتداءً بیان کیا، جس میں طحال کے اندر ایک مخصوص قسم کا جماؤ ہو جاتا ہے۔

بحث اسباب۔ مرض ہاجکن ہر عمر میں ہوتا ہے لیکن ساٹھ سال کے بعد شاذ ہے۔ نصف اصابتیں تیس اور چالیس سال کے درمیان، اور ایک تہائی اصابتیں شیر خواری سے لے کر بیس سال کی عمروں تک ہوتی ہیں۔ عورتوں کی

نسبت مرد دو چند مبتلا ہوتے ہیں۔ مرض ہاجکن کے لمفی غدی سلعی غدد درنہ سے
ماؤف ہوجانے کا رجحان رکھتے ہیں۔ اور یہ دونوں حالتیں زمانہ گذشتہ میں
اکثر خلط ملط کردی گئی ہیں (82) ۔

مرضی تشریح ۔ ماؤف غدد لمفائیہ تراشنے پر ہلکے رمادی، یا رمادی سفید
ہوتے ہیں۔ خردبینی امتحان پر ان کے تمثیلی خصائص یہ ہیں:- چھوٹے عفرتی
خلیے معہ ایک دو یا زیادہ نواتوں کے، ایوسین پسند ابیض خلیے اور لیفیت ۔
طحال عموماً معمول کی نسبت بڑھ جاتی ہے اور ممکن ہے کہ اس کا وزن تیس اونس

شکل ۵۵ ۔ مرضِ ہاجکن میں مزمن تپ ناکس

تک پہنچ جائے۔ وہ معتدل طور پر سخت ہوتی ہے اور تراشنے پر متعدد سفید یا
زردی مائل رسولیاں ظاہر کرتی ہے، جن کا قطر ⅛ سے ½ انچ تک ہوتا ہے
اور جو اُس کے جرم کے طول و عرض میں منتشر ہوکر ایسا منظر پیدا کردیتی ہیں جس کیلئے
"سخت سنکی ہوئی ٹکیا" ("Hard-bake") کی موزوں تشبیہ استعمال کی گئی
ہے۔ یہ رسولیاں ناآلفیہی جسیمات سے پیدا ہوتی ہیں۔ ایسی ہی رسولیاں جگر یا
گردوں کے اندر، یا لوزتین میں، یا بلعوم معدہ، اور آنت کی جرابات میں منتشر شدہ
پائی جاتی ہیں۔ گرہکیں پھیپھڑوں میں بھی موجود ہوتی ہیں، اور پلیورا اور دوسری
مصلی اغشیہ کے نیچے بھی نرم گلابی مائل رمادی چپٹے تودے پائے گئے ہیں۔ برنخ
اور خصیے پر بھی حملہ ہوا ہے۔ اور اکثر لب عظام بھی ماؤف ہوکر ایک سرخی مائل رمادی

نیم متموہ مادہ میں متغیر ہوجاتا ہے، یا زرد رمادی یا سفید گرہکیں ظاہر کرتا ہے۔

امراضیات - فاعلانہ بالیدگی پانے والے غدد کی تعلیقات کا اشراب دروں دماغی طور پر خر گوشوں میں کیا جائے تو ناہم آہنگی اور اس کے ساتھ عضلی انتواری اور تشنجی چال پیدا ہوتی ہے، اور یہ ایک قیمتی حیاتیاتی کاشفہ ہے، گو کہ مزمن غدد اور ایسے غدد جن کا لاشعاعی علاج کیا گیا ہو منفی نتائج دیتے ہیں (46)۔ یہ امر نہایت عجیب ہے کہ لیتّ اور ریم کے حیاتیاتی خواص بھی یہی ہوتے ہیں۔ ہاجکن کے غدد کی تعلیقات میں ابتدائی اجسام مثلاً گاؤ چیچک کے پیشینی اجسام (Paschen bodies) دیکھے گئے ہیں جو ایما کرتے ہیں کہ یہ ایک قشبی مرض ہے۔

علامات - مرض کے خاص سریری خصایص لمفائی غدد کی کلانی اور عدم وجود ہیں۔ عموماً لمفائی کلانی پہلے واقع ہوتی ہے اور یہ تغیر بیشتر اصابتوں میں عنقی غدد کے اندر شروع ہو کر ازاں بعد بغل اور جنگاسے کے غدد کو ماؤف کر دیتا ہے۔ یہ غدد بے قاعدہ اور مختلف الجسامت گرہکی تودے بنا دیتے ہیں جو کبوتر کے انڈے یا مرغی کے انڈے کے برابر ہوتے ہیں اور بالعموم سخت، عموماً غیر متالم ہوتے ہیں، اور ابتداءً جلد کے نیچے ایک دوسرے پر آزادانہ تحرک پذیر رہتے ہیں۔ بالآخر ممکن ہے کہ وہ باہم منضم ہوجائیں، لیکن ان میں تقیح شاذ ہے۔ واسطی غدد متاثر ہوجاتے ہیں جیسا کہ لاشعاعوں کے ذریعہ پتہ چلتا ہے، اور بعض اوقات واسطی سایہ کا چوڑا ہوجانا مرض کی پہلی شہادت ہوتی ہے (صحفہ ۱۵ ب صفحہ 308)۔ ماساریقی اور خلف الباریطون غدد بھی متاثر ہوجاتے ہیں۔ ان میں سے بہت سے حطوں میں غدد کی بالیدگی ایسی ہوسکتی ہے کہ جس سے متصلہ اعضا پر خطرناک دباؤ پڑسکتا ہے۔ یہ اعضا یہ ہیں:- گردن میں حنجرہ، قصبتہ الریہ، اور مری، اور صدر میں بڑی وریدیں اور باز گرد اعصاب کبھی کبھی ہڈیاں ماؤف ہوجاتی ہیں، لیکن ان میں کسر واقع ہونے کا وہ رجحان نہیں ہوتا جیسا کہ سرطانی حملہ کی حالت میں ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ نخاع پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے، یا بغیر کسی ظاہر سبب کے پانالج (paraplegia) واقع ہوجائے۔

بالعموم طحال کی کلانی صرف معتدل درجہ کی ہوتی ہے۔ وہ بائیں ضلعی حاشیہ سے

قدرے نیچے بروز کر آتی ہے، یا شکم کے بائیں بالائی رُبع میں واقع ہوتی ہے، اور شاذ ہی اُس جسامت کو پہنچتی ہے جیسی کہ لبی خلوی بیض دمویت میں دیکھی جاتی ہے۔ ثانوی عدم دمویت، نسبتہً عاجل نمایاں علامت ہے۔ اور شدید اصابتوں میں بوقلموں خلیات اور نوات دار سرخ خلیات دیکھے جاتے ہیں۔ ابیض خلیات تعداد میں زیادہ ہو جاتے ہیں، اور جب غدد معمول سے زیادہ نرم ہوں تو وہ فی مکعب ملی میٹر ... ۱۵ یا .... ۲۰ تک پہنچ جاتے ہیں۔ لیکن عام طور پر یہ زیادتی خفیف ہوتی ہے۔ یہ کثیر الاشکال خلیات کی زیادتی کے باعث ہوتی ہے، جو کہ عام طور پر فی مکعب ملی میٹر ... ۵ سے اوپر ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 42)۔ اور یہ ایک قیمتی نکتۂ تشخیص ہے۔ لیکن بعض اوقات قلت خلیات ابیض پائی جاتی ہے۔ بعض اوقات جلدی لونیت واقع ہو جاتی ہے، اور یہ کلاہ گردہ کے قشرہ کے فعل میں مداخلت کی وجہ سے ہو سکتی ہے۔ کبھی کبھی شدید خارش (pruritis) مع حکاک (prurigo) کے جو کہ تشخیص کا ایما کرتا ہے، اور نملہ اور جلد کی لمفی غدی سلعی دررزش واقع ہو جاتی ہے۔

تپ۔ جب عمیق غدد ماؤف ہوتے ہیں تو تپ ناکس موجود ہو سکتی ہے (ملاحظہ ہو شکل ۵۵)، جو کہ دیگر ناکس تپوں سے اس امر میں مختلف ہوتی ہے کہ اس مرض میں مدت علالت نسبتہً طویل ہوتی ہے، جو پچاسی فی صدی اصابتوں میں پندرہ اور بیس دن کے درمیان اور ہر انفرادی اصابت کے لئے خاصی مستقل ہوا کرتی ہے [(28) مرض پیل ایبسٹین =(Pel-Ebstein's disease)]۔ تپ کا مسلسل ہونا بھی ممکن ہے۔

جلد ہی کسیقدر کمزوری دیکھنے میں آتی ہے، اور جوں جوں مرض ترقی کرتا جاتا ہے عدمِ دمویت کے اثر زیادہ نمایاں ہوتے جاتے ہیں۔ ممکن ہے بُہر موجود ہو نیز کچھ عرصہ میں جوارح زیریں کا اُذیما واقع ہو جاتا ہے، اور شاید اُس کے ساتھ ہی استسقاء شکمی، تا رموری انصباب یا استسقاء الصدر ہوتا ہے۔ اور جیسا کہ دوسرے شدید دموی امراض میں ہوتا ہے، ممکن ہے کہ ناک یا مسوڑھوں سے یا جلد کے نیچے نزفات واقع ہو جائیں۔ ممکن ہے کہ جماؤ تقرح پیدا کر کے جلد میں سے نکل آئیں۔ بالآخر

خستگی، اغتصاص، نزف، دماغی اختلال، قوما یا تشنجات سے، یا ذات الریہ، ذات الجنب یا اُذیمائے شش سے موت واقع ہوجاتی ہے۔

تشخیص۔ ممکن ہے کہ ہاجکن کے مرض غدد کے ابتدائی درجہ کو درنی کلائی غدد سے تمیز کرنا مشکل ہوجائے، بالخصوص اُس وقت جب کہ بالبد گی غدد کے ایک ہی گروہ تک محدود ہو۔ لیکن درنی غدد باہم اُلجھے ہوئے ہونے کا رجحان رکھتے ہیں۔ اور مرض ہاجکن میں غدد عموماً علیحدہ علیحدہ ہوتے ہیں۔ ورنہ عموماً غدد کے ایک ہی گروہ کو ماؤف کرتا ہے۔ اور مرض ہاجکن میں تغیرات بالآخر وسیع ہونے ہیں۔ نومایہ (neoplasm) اور غدی بخار (glandular fever) میں جو غدی کلائی واقع ہوتی ہے، اس کو متفرق کرنے کی ضرورت ہے۔ آخرالذکر میں یک نواتی خلویت ہوتی ہے، اور ہاجکن کے مرض میں جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے کثیر الاشکال نواتی ابیض خلویت ہوتی ہے۔ سینہ کا لاشعاعی امتحان اور گارڈن کا حیاتیاتی کاشفہ بھی بیان کئے جاچکے ہیں۔ متذکرۂ بالا قسم کی تپش ناکسہ مرض ہاجکن کی تائید میں ایک قوی دلیل ہے۔

علاج۔ بعض اصابتوں میں سنکھیا بہت مفید ثابت ہوئی ہے۔ اُسے بڑھتی ہوئی مقداروں میں دینا چاہئے، یہاں تک کہ لائکر آرسینی کیلس (liquor arsenicalis) کے ۱۵ قطرے روزانہ تین بار لئے جائیں۔ آرسینو بینزال (arsenobenzol) اور نوو ارسینو بینزال (novarsenobenzol) بھی منفعت بخش ہیں۔ عمیق لاشعاعی علاج کے ذریعہ سے عمدہ نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ فوری نتائج اچھے ہوتے ہیں، اور سب سے پہلے حماؤ غائب ہوجاتے ہیں۔ اگر مریض پہلے چند مہینے زندہ رہتے تھے تو اب وہ چند سال تک زندہ رہتے ہیں۔ گارڈن کے قشب کے ذریعہ جدرینی علاج ابھی تک تجرباتی درجہ میں ہے۔

حوالجات

REFERENCES

1. O S Gibbs — 1924 *Quart Journ Med*, 17, p 312
2. R V Christie, G Lovell Gulland and others — 1927 *Q J M*, 20, pp 471-510
3. J M H Campbell — 1922 *Brit Journ Exp Path*, 3, p 217
4. C Price-Jones — 1922 *Journ Path and Bact*, 25, p 487
5. C C Ungley and G V James — 1934 *Quart Journ Med*, 3, p 523
6. A Goodall — 1932 *Lancet*, ii, p 781
7. E Starkenstein — 1928 *Klin Woch*, 7, pp 217, 267
8. E Bulmer — 1933 *Lancet*, i, p 1119
9. N H. Fairley and H H Scott — 1933 *Lancet*, i, p 75
10. S J Hartfall — 1934 *Lancet*, i, p 620
11. F W Madison and T L Squier — 1934 Quoted *Brit Med Journ*, ii, p 29
12. A C Hampson — 1929 Personal Communications
13. K Faber — 1927 Lancet, ii, p 901
14. L J Witts (Goulstonian Lectures) — 1932 *Lancet*, i, p 495, 549, 653
15. L G Parsons — 1933 *Brit Med Journ*, ii, p 631
16. A C Hampson and E C Warner — 1930 *Arch Dis in Childhood*, 5, p 299
17. J F Wilkinson and W Brockbank — 1930-31 *Quart Journ Med*, 24, p 219.
18. R D passery — 1924 *Guy's Hosp Rep*, 74, p 329
19. A F Hurst — 1924 *Brit Med. Journ*, i, p 93
20. Review on Diseases of Blood — 1923 *Med Sci*, 8, p 476
21. S C Dyke — 1924 *Lancet*, i, p 1048

22 S P Bedson 1929 Personal Communication.
23 R L Waterfield 1928 *Guy's Hosp Rep*, 78, p 265
24 Mildred Warde 1923 *Brit Med. Journ*, ii., p 599.
25 J. Barcroft 1925 *Lancet*, i, p 319
26 Review on Blood Circulation, etc 1922 *Med Sci*, 5, p 496
27 G A Sutherland and B Williamson 1925 *Lancet*, i, p 323
28 A J Hall and J S C Douglas 1922 *Quart Journ Med*, 16, p 22
29 H C Gram (quoted from) 1921 *Med Sci*, 3, p 369
30 J W M Mcnee 1929 *Glasgow Med Journ*, 111, p 65
31 J Fawcett and A G Gibson 1928 *Lancet*, i, p 1171
32 H D Rolleston 1925 *Lancet*, ii., p 1209
33 L J Witts 1930 *Guy's Hosp Rep*, 80, p 253
34 R S Harrison 1931 *Guy's Hosp Rep*, 81, p 215.
35 F L Knott and W L. Watt 1930 *Brit Med Journ*, ii, p 991
36 J Bamforth and J L Edwards 1933 *Lancet*, i., p. 857.
37 M Maizels and C B Arthur 1929-30 *Quart Journ Med*, 23, p 171
38 F Parkes Weber 1933 *Lancet*, i, p 800
39 H L Tidy 1930 *Brit Med Journ*, ii, p 1073
40 W Cramer 1929 *Lancet*, ii, p 1332
41 W W Payne and R E Steen 1929 *Brit Med Journ*, ii, p 1150
42 J W Pickering 1929 *Lancet*, ii, p 1239
43 A Szent-Gyorgi 1934 Personal Communication
44 J Venables 1934 *Lancet*, i, p 108
45 J R Marrack (Modified) 1929 *Lancet*, ii, p 512
46 M H Gordon 1934 *Proc Roy Soc Med*, 27, p 1035
47 R. A McCance 1936 Goulstonian Lectures

459

تحول اور اندرونی افراز کے امراض

اساسی تحول

(THE BASAL METABOLISM)

(اساسی تحولی شرح =basal metabolic rate)

یہ طریقہ بالخصوص مشتبہ درقی مرض اور فربہی میں بیش درقیت اور ناقص درقیت کی تشخیص کے لئے نیز ایک اصابت کی رفتار اور علاج کا اثر ظاہر کرنے کیلئے استعمال کیا جاتا ہے۔ اساسی تحول سے وہ حرارت مراد ہے جس کو ایک فرد وقت کی ایک اکائی میں، معیاری حالات کے تحت خارج کرتا ہے، یعنے اس وقت جبکہ وہ آخری کھانے کے کم از کم بارہ گھنٹے بعد پیٹ کے بل چُپ چاپ لیٹا رہے اور کوئی عضلی حرکت نہ کرے۔ زمانہ حال تک یہ قدر اخذ کردہ آکسیجن اور خارج کردہ (CO_2) کی مقدار پر سے بالواسطہ متعین کی گئی ہے۔ زنٹز (Zuntz) اور شمبرگ (Schumburg) کے مندرجہ ذیل اعداد استعمال کئے گئے ہیں اور یہ فرض کیا گیا ہے کہ غذا میں پروٹین معمولی مقدار میں موجود تھی (10):—

تنفسی حاصلات تقسیم (respiratory quotients)	حرارے فی لیٹر آکسیجن (calories per 1 litre of oxygen)
۰٫۷۲	۴٫۶۷
۰٫۷۵	۴٫۷۱
۰٫۸۰	۴٫۷۷
۰٫۸۵	۴٫۸۳
۰٫۹۰	۴٫۸۹

تنفسی حاصل تقسیم وہ نسبت ہے جو خارج کردہ (CO_2) کے حجم اور اخذ کردہ

آکسیجن کے حجم کے درمیان ہوتی ہے۔ اِن اعداد پر سے اُس فرد کی حرارت کی فی گھنٹہ یا فی چوبیس گھنٹہ برآمد کا حساب لگایا جاتا ہے اور اس کا اُسی جسامت کے طبعی اشخاص کی اوسط پیدائش حرارت کے ساتھ مقابلہ کیا جاتا ہے' یہ فرض کرتے ہوئے کہ اسی عمر اور صنف کے تندرست اشخاص میں حرارت کی برآمد جسمانی سطح سے متناسب ہوتی ہے۔ چنانچہ قد کو سنٹی میٹروں میں اور وزن کو کلوگراموں میں ناپنے کے بعد شکل ۱۹۱-۵ سے سطحی رقبہ مربع میٹروں میں حاصل کیا جا سکتا ہے۔

جدول ۲-۱۔ طبعی تحول کے معیار

جسمانی سطح کے ہر مربع میٹر کے پیچھے فی گھنٹہ اوسط حرارے (Du Bois) (4)

عمر سال	مرد حرارے	عورت حرارے
۱۴ تا ۱۶	۴۶٫۰	۴۳٫۰
۱۶ « ۱۸	۴۳٫۰	۴۰٫۰
۱۸ « ۲۰	۴۱٫۰	۳۸٫۰
۲۰ « ۳۰	۳۹٫۵	۳۷٫۰
۳۰ « ۴۰	۳۹٫۵	۳۶٫۵
۴۰ « ۵۰	۳۸٫۵	۳۶٫۰
۵۰ « ۶۰	۳۷٫۵	۳۵٫۰
۶۰ « ۷۰	۳۶٫۵	۳۴٫۰
۷۰ « ۸۰	۳۵٫۵	۳۳٫۰

نیز جدول ۲-۱ سے مختلف عمروں کے طبعی مردوں اور عورتوں کی جسمانی سطح کے مربع میٹر کے پیچھے فی گھنٹہ حراری برآمد معلوم ہوتی ہے۔ اگر دریافت شدہ قدر حساب لگائی ہوئی قدر سے ۱۰ فی صدی سے زائد اختلاف نہ رکھے تو تحول کو طبعی سمجھنا چاہیئے۔

تاہم آدمی میں حرارت کی پیدائش کے حالیہ مطالعہ سے یہ پایا گیا ہے کہ زنٹز اور شمبرگ کے اعداد جس نظریہ پر مبنی ہیں (یعنی یہ کہ تنفسی حاصل تقسیم کاربوہائڈریٹ اور شحم کی وہ نسبت ظاہر کرتا ہے جو کہ جسم میں جل رہی ہے) وہ

تجربی واقعات کے ساتھ مطابقت نہیں کرتا۔ بلکہ یہ فرض کرنا پڑتا ہے کہ اساسی حالات کے تحت کاربوہائڈریٹ اور شحم ہمیشہ تقریباً ۱ اور ۱/۲ کی مستقل نسبت میں جلتے ہیں اور یہ کہ بلند حاصلات تقسیم پر کاربوہائڈریٹ شحم میں ہمزمان طور پر تبدیل ہوتا رہتا ہے، اور پست حاصلات تقسیم پر اس کے مخالف تبدیلی ہوتی رہتی ہے۔ اس سے

شکل ۵۰۷۔ اس خاکہ سے جسم کی سطح کی تعیین مربع میٹروں میں کی جاسکتی ہے اُس وقت جب کہ قد اور وزن معلوم ہوں (Du Bois)۔

یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ کاربن ڈائی آکسائیڈ بذات خود اساسی تحول کا ناپ ہے، اور آکسیجن جزوی طور پر احتراق سے متعلق ہے اور جزوی طور پر تبدیلی سے۔ کاربن ڈائی آکسائیڈ کو ناپنے کا آسان ترین طریقہ یہ ہے کہ مریض ایک بڑے مقیاس کی وساطت سے (جس کا ایک چکر ۵۰ لیٹر ناپتا ہو) بیرونی ہوا میں مسلسل سانس لے تاکہ ریوی ترویح حاصل کی جائے۔ اور وقفوں کے ساتھ مخلوط زفیری ہوا کے نمونے لئے جاتے ہیں تاکہ CO_2 کی مقدار فی صدی معلوم کی جائے جس سے کاربن ڈائی آکسائیڈ کی فی منٹ

برآمد کا حساب لگایا جاتا ہے ۔ اس کا مقابلہ اُس CO_2 سے کیا جاتا ہے جو کہ صفحہ ۳؍ کی قانون نگارش (nomogram) کو استعمال کرتے ہوئے وزن' عمر اور صنف سے دریافت کی جاتی ہے ایک مستقیم کنارہ دئیے ہوئے وزن سے لے کر دی ہوئی عمر تک خانکے کے وار پار رکھ دیا جاتا ہے' اور وہ اوسط اساسی CO_2 خط کو مطلوبہ عدد پر کاٹتا ہے' اور اس سے ہر چہ میں گھنٹے کے لئے اساسی حرارے بھی معلوم ہو جاتے ہیں' جب کہ غذا تجویز کرنی مقصود ہو۔ CO_2 کی طبعی حدود' اس نقطہ سے بائیں طرف اور دائیں طرف افقی طور پر جا کر حاصل ہوتی ہیں ۔ تحول قد سے کچھ نسبت نہیں رکھتا (1)۔

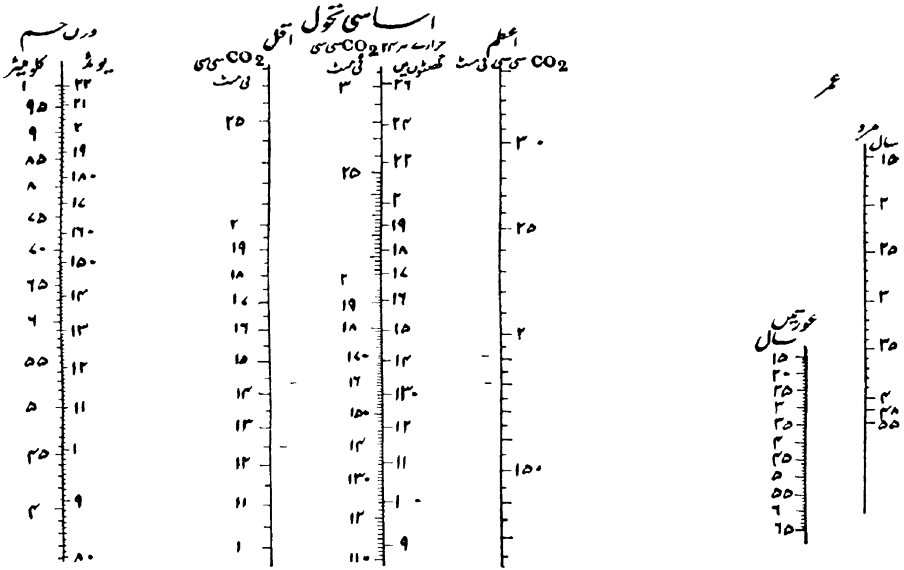
فاقہ کے دوران میں یا اُس وقت جب کہ غذائی رسد کم ہو جانے سے قلتِ تغذیہ ہو' اساسی تحول میں کمی پیدا ہو جاتی ہے ۔

ذیابیطس شکری

(DIABETES MELLITUS)

ذیابیطس شکری وہ مرض ہے جس کا ممیز خاصہ یہ ہے کہ پیشاب میں شکر (گلوکوز یا ڈکسٹروز) مسلسل خارج ہوتی رہتی ہے ۔ اِس مرض کا سبب جزائرِ لنگرہانس کا ناقص فعل ہے جس کا موزوں علاج یہ ہے کہ اِنسولین کا باقاعدہ استعمال کیا جائے ۔ شکر کے اخراج یعنی شکر بولیت (glycosuria) کے ساتھ اکثر پیشاب بھی بڑی مقداروں میں آتا ہے (کثرتِ بول) اور یہی علامت' جو ایک نمایاں علامت ہے' ذیابیطس کی وجہ تسمیہ ہے (ذیابیطس ایک یونانی لفظ ہے جس کے معنی "بیچ میں سے گذر جانا" ہے)۔ کثرتِ بول بلا شکر بولیت بھی بہت سی حالتوں میں پیدا ہو جاتی ہے' جن میں سے ایک خاص شکل' جس کو ملیح ذیابیطس (diabetes insipidus) کہتے ہیں' آئندہ بیان کی جائے گی ۔

بحث اسباب ۔ ذیابیطس شکری کی بہت سی اصابتوں میں کسی تعیینی عامل کا پتہ نہیں چلتا ۔ لیکن بعض متعین عاملات ایسے ہیں جو مرض کے

صفحہ ۳۷

قانون نگارش اساسی تحول دریافت کرنے کے لئے۔

اسے بڑے پیمانہ پر ایک جاکہ دوسری جگہ شائع کیا گیا ہے (54)۔
(المقال صفحہ 460)

حملہ کے لئے سازگار ہوتے ہیں۔ ذیابیطس یہودیوں میں بہت پھیلا ہوا ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ موروثی ہو، یا اُسی خاندان کے بھائیوں اور بہنوں میں ہو۔ موروثی ذیابیطس نہایت خفیف ہو سکتا ہے، لیکن اکثر وہ متوالی نسلوں میں زیادہ خطرناک ہو جانے اور نسبتاً ابتدائی عمر میں شروع ہونے کا رجحان رکھتا ہے۔ ذیابیطس کا حملہ اکثر موٹے اشخاص میں ہوتا ہے، جو کھاتے زیادہ اور ورزش کم کرتے ہیں۔ اسی واسطے یہ مرض بالخصوص متمول اشخاص کا ہے۔ اس حقیقت کی توجیہ اسطرح کی جا سکتی ہے کہ بسیار خوری تحول کی زیادتی پیدا کرتی ہے، جس سے لبلبہ اور دوسرے اعضاء پر زیادہ بار پڑ جاتا ہے۔ ذیابیطس اور نقرس کے ایک ساتھ پائے جانے کی توجیہ بھی غالباً اسی واقعہ سے ہوتی ہے کہ یہ ہر دو امراض بسیار خور اشخاص میں ہوا کرتے ہیں۔ چنانچہ وسط یورپ کی سلطنتوں میں جنگی غذا اس مرض پر گہرا اثر کیا اور موٹے عمر رسیدہ اشخاص کی شکر بولیت جاتی رہی۔ محاصرۂ پیرس میں بوکارڈاٹ (Bouchardat) نے بھی اس حقیقت کا مشاہدہ کیا۔ غالباً گوشت کے راتب کی تخفیف سب سے زیادہ اہم عامل تھا۔ ایک نہایت عام خیال یہ ہے کہ ذیابیطس ہونے کا امکان اُن لوگوں میں زیادہ ہوتا ہے جو شکر اور مٹھائیاں بے حد کھاتے ہیں، لیکن اعداد و شمار اس کا ثبوت بہم نہیں پہنچاتے۔ ہندوستان میں خفیف شکل کے ذیابیطس کا پھیلا ہوا ہونا غالباً فربہی کے ساتھ وابستہ ہے، جس کا جزوی سبب کاربوہائڈریٹ پر مشتمل غذا کی کثرت اور ورزش کی قلت یا عدم موجودگی ہے۔ ممکن ہے کہ دوڑ دھوپ کی زندگی، اعصاب پر بار اور جذباتی صدمہ اس مرض کے حملہ میں نمایاں حصہ لیتے ہوں۔ یہ امر کیانن (Cannon) کے مشاہدات کے باعث خاص طور پر دلچسپ ہے اور وہ یہ ہیں کہ حیوانات میں جذبات نے سرگردوں کی تحریک پیدا کر کے بیش شکر دمویت پیدا کر دی، نیز یہ کہ اُن طلباء کو جو امتحانات میں شریک ہوئے یا جو کسی اہم جسمانی آزمایش میں مثلاً اپنے کالج کی طرف سے کھیل میں شریک ہونے والے تھے، اکثر شکر بولیت کی شکایت ہو گئی۔ گراہام (Graham) نے خود اپنی حالت میں دیکھا کہ ۱۰۰ گرام ڈیکسٹروز

لینے کے تیس منٹ بعد دَموی شکر بڑھ کر ۱۰۵ء فی صدی ہوگئی، لیکن جب کچھ عرصہ سخت محنت کا کام کرایا گیا جب کہ تعطیل کی ضرورت تھی اور اس کے بعد یہی امتحان عمل میں لایا گیا تو دَموی شکر کی مقدار ۱۸۵ء پائی گئی اور نصف گھنٹہ تک اتنی ہی رہی۔ جحوظی گائٹر (exophthalmic goitre) کے بعد بھی حقیقی ذیابیطس ہوگئی ہے۔ حاد سرائت بھی ایک سبب مُعِد ہے، خواہ یہ سرایت عمومی ہو یا بالخصوص لبلبہ کے قرب و جوار میں محدود المقام رہ کر التہاب لبلبہ پیدا کردے۔ شکر کی کم برداشت اور شکر بولیت اُن عَفن حالتوں میں بھی پائی جاتی ہے، جن کو بعض اوقات گندیدہ خونی شکر بولیت (sapræmic glycosuria) کہتے ہیں اور تذکرہ کے قابل ہے۔ عَفن حالت دفع ہو جانے پر یہ شکر بولیت بھی جاتی رہتی ہے۔ آتشک بھی ایک ممکن سبب ہے۔ زندگی کے آخری عاشوروں میں ایک ہلکے قسم کی ذیابیطس کا ہونا عام ہے۔ شاید اَتھیرومایا شیخوخی تریانی تغیرات یا منتشر بیش تکوینی صلابت (hyperplastic sclerosis) جزائر لنگرہانس میں کوئی نقص پیدا کردیتے ہیں، اور یہ خفیف درجہ کے اس نقص سے مشابہ ہوتا ہے جو کہ صلابت الشریانی گردے (arterio-sclerotic kidney) کی حالت میں گردے کی اخراجی قوت میں واقع ہوجاتا ہے۔ ذیابیطسی گنگرین میں ممکن ہے کہ ذیابیطس اور گنگرین ہردو کا ایک اولی عروقی سبب ہو۔ لیکن اس میں کوئی شبہ نہیں کہ گنگرین شکر بولیت کو بڑھا دیتی ہے، جو عملیہ کے بعد اکثر زائل ہوجاتی ہے۔ لیکن اس کا عکس بھی درست ہے، کیونکہ ممکن ہے کہ اِنسولین سے گنگرین رفع ہوجائے۔ ضرب کے بعد بھی ذیابیطس ہوجاتا ہے، نہ صرف اُس ضرب سے جو لبلبہ کے مقام پر ہو، بلکہ اُس سے بھی جو دوردراز مقامات پر ہو، مثلاً ایک مکسور جارحہ (fractured limb) سے۔ سر کے تضررات بھی شکر بولیت پیدا کرسکتے ہیں۔ یہ غالباً کلاڈ برنارڈ کے "وخزی ذیابیطس" ("puncture diabetes") سے متماثل ہوتے ہیں (آگے ملاحظہ ہو)۔

کاربوہائڈریٹ کے تحوّل کی فعلیات۔ جسم کے کاربوہائڈریٹ محفوظات گلائکوجن کی شکل میں مذخور ہوتے ہیں، جو جگر اور عضلات میں

تقریباً مساوی طور پر منقسم ہوتی ہے ۔ گلائکوجن غذا کے کاربوہائڈریٹس اور پروٹینز سے بنتی ہے ۔ آخرالذکر معاء سے امینو ایسڈز کی شکل میں جذب ہوتے ہیں، اور وہ نظام جسم کے ذاتی پروٹینز کی تالیف کے لیے استعمال میں آتے ہیں، یا پھر امینورہائی کے بعد ان کی فی الفور تکسید ہو جاتی یا ان سے گلائکوجن بن جاتی ہے ۔ کاربوہائڈریٹس بھی ہضم سے ٹوٹ پھوٹ جاتے ہیں اور ڈیکسٹرِنس (dextrins) کی شکل میں اور مقابلتہً سادہ اشیا جیسے کہ ڈیکسٹروس (dextrose) اور لیویولوس (lævulose) کی شکل میں جذب ہو سکتے ہیں ۔ یہ سب اجسام ورید الباب کی راہ سے جگر میں چلے جاتے ہیں ۔ جگر ڈیکسٹرِنس اور لیویولوس کو تمام تر اخذ کر کے اُن سے وہیں گلائکوجن بنا لیتا ہے ۔ لیکن اگر لیویولوس کی بہت بڑی مقداریں کھائی گئی ہیں تو اس میں سے کچھ حصہ جگر کے پار نکل کر عام دوران خون میں داخل ہو جاتا ہے اور پھر گردہ اُسے فی الفور خارج کر کے لیویولوس بولیت (lævulosuria) پیدا کر دیتا ہے ۔ یہی حالت جگر کے مرض میں بھی پیدا ہو جاتی ہے، کیونکہ جگر ان حالات میں لیویولوس کی اس مقدار کو روکے رکھنے کے ناقابل ہوتا ہے، جسے وہ معمولی حالت میں بالکل آسانی کے ساتھ نبٹا سکتا ہے ۔ ممکن ھے کہ ڈیکسٹروس کا کچھ حصہ جگر میں رُکا رہ جائے، لیکن اُس کا کچھ حصہ تو یقیناً اُس کے پار نکل کر عام دورانِ خون میں چلا جاتا ہے، کیونکہ ایک تندرست شخص کے خون میں شکر کی مقدار غذا کے بعد فوراً زیادہ پائی جاتی ہے (ملاحظہ ہو شکل ۵۷) ۔ چنانچہ نظامی خون کو ڈیکسٹروس کی رسد دو منبعوں سے پہنچتی ہے :۔

(۱) غذا سے، اور یہ تغیر پذیر رسد ہوتی ہے ۔ (۲) جگر کی گلائکوجن سے اور یہ غالباً خاصی مستقل رسد ہوتی ہے، اور اس گلائکوجن کی شکست وریخت وہاں غالباً ایک نشاپاش خمیر کے ذریعہ واقع ہوتی ہے ۔ ناشتہ سے پہلے خون میں ڈیکسٹروز کا ارتکاز عموماً ۰.۰۸ اور ۰.۱۰ فی صدی کے قریب ہوتا ہے ۔ یہ مستقلی ایک تو جگر سے ڈیکسٹروس برابر بنتی رہنے کی وجہ سے اور دوسرے ساختوں کے اندر اُس کے غائب ہو جانے کے باعث برابر قایم رہتی ہے ۔ ساختوں میں یا تو ڈیکسٹروس کی تکسید ہو کر اُس سے کاربن ڈائی آکسائڈ (CO_2) اور پانی بن جاتا ہے، یا اُس سے

462

اور زیادہ پیچیدہ مرکبات تیار ہوتے ہیں، جن میں سے ایک عضلات کی گلائکوجن ہے۔

اِنسولین، جوجزائر لنگر ہانس کا افراز کردہ ہارمون ہے، ان اعمال میں حقیقی طور پر حصہ لیتی ہے، اگرچیکہ اُس کا فعل پیچیدہ ہوتا ہے۔ اِس پر دو نقطہ ہائے نظر سے بہترین طور پر غور کیا جا سکتا ہے:۔ (۱) محیط میں انسولین جوئے خون سے ڈیکسٹروس کو غایب کر دیتی ہے، کیونکہ اگر یہ ذیابیطس کے کسی مریض کو دے دی جائے تو اُس کے بازو کے وریدی خون میں شکر کی فی صدی مقدار اس سے کم ہوتی ہے کہ جتنی شریانی خون میں، درآں حالیکہ انسولین دینے سے پہلے دونوں قدریں تقریباً مساوی ہوتی ہیں (5)۔ غائب ہوجانے والی شکر کا کچھ حصہ تو کالبدی اور قلبی عضلات کے ذریعہ متاکسد ہوجاتا ہے، اور کچھ حصہ عضلات کے اندر گلائکوجن بن جاتا ہے (6) اور غالباً شحم میں تبدیل ہوجاتا ہے۔

(۲) اس کی مرکزی یا حشائی تاثیر جگر پر دو طریقوں سے ظاہر ہوتی ہے:۔

(الف) حاد ذیابیطس میں تشحم الدم ہو کر جگر میں چربی کی زیادتی ہوجاتی ہے، غالباً اس لئے کہ کاربوہائڈریٹ نہ ملنے کی وجہ سے چربی گوداموں میں سے منتقل کرکے جگر میں جمع کرلی جاتی ہے تاکہ وہ کام میں لائی جائے (7)۔ یہاں وہ غالباً کاربوہائڈریٹ میں تبدیل کرلی جاتی ہے جس سے اُس پست تنفسی حاصل تقسیم کی توجیہ ہوتی ہے جو شدید اصابتوں میں پایا جاتا ہے، اور اس تبدیلی میں ایسیٹو ایسیٹک (aceto-acetic) اور بیٹا آکسی بیوٹائرک ایسڈ (β-oxybutyric acid) پیدا ہوجاتے ہیں (کیتونیت) (8)۔ اِنسولین اس عمل کو روک دیتی ہے، کیتونیت اور تشحم الدم نابود ہوجاتے ہیں، اور جگر سے چربی غائب ہوجاتی ہے، اور تنفسی حاصل تقسیم بلند ہوجاتا ہے۔ (ب) ذیابیطسی جگر میں معمول کے نسبت کم گلائکوجن موجود ہوتی ہے، کیونکہ یہ جگر سے خارج ہو کر خون میں چلی جاتی اور بیش شکر دمویت پیدا کر دیتی ہے جو کہ خوب متعارف ہے۔ شدید ذیابیطس میں خون کے اندر ۴۰۰ یا ۶۰۰ فی صدی ڈیکسٹروس کا ارتکاز ملنا شاذ نہیں ہے۔ اِنسولین جگر کے اندر گلائکوجن کا احتباس پیدا کر دیتی ہے، چنانچہ کبدی شحم کی کمی کے ساتھ ساتھ

گلائکوجن زیادہ ہوتی جاتی ہے۔ یہ نتیجہ ممکن ہے کہ اس وجہ سے حاصل ہوتا ہو کہ انسولین جگر کے نشاپاش خمیر کے فعل کو روکتی ہے، جو اُس کی عدم موجودگی میں حد سے زیادہ ہوجاتا ہے۔ چنانچہ دموی شکر کا یکایک کم ہوجانا، جو انسولین کا نہایت نمایاں سریری اثر ہے، جزءً (غالباً محض خفیف طور پر) تکسید کے باعث ہوتا ہے اور جزءً عضلات میں اس کے مذخور ہونے کے سبب سے اور اس واقعہ کے سبب سے کہ جگر سے شکر کی وافر رسد موقوف ہوجاتی ہے۔ اس کے ساتھ ہی یہ ہے کہ اگر کوئی کاربوہائڈریٹ غذا کے طور پر لیا جاتا ہے تو وہ کچھ تو جگر میں گلائکوجن کی صورت میں مذخور ہوجاتا اور غالباً کچھ چربی میں تبدیل ہوجاتا ہے۔ آخرالذکر بیان کی دلیل یہ ہے کہ متعدد مشاہدین نے تنفسی حاصل تقسیم کا ایک ارتفاع احتراق کی کسی نمایاں زیادتی کے بغیر پایا ہے، جو کہ ضرور واقع ہوتی اگر لی ہوئی شکر میں سے بیشتر جل جاتی۔ مندرجہ ذیل مشاہدہ ظاہر کرتا ہے کہ انسولین کی وساطت سے شکر کا مذخور ہونا ممکن ہے کہ محض ایک عارضی امر ہو۔ ایک مریض کو انسولین کے ۱۰۰ اکائیوں کی ایک منفرد بڑی مقدار غلطی سے دے دی گئی، اور اس کا اثر زائل کرنے کیلئے اُسے فی الفور براہ دہن کاربوہائڈریٹ کے ۱۱۰ گرام، ڈیکسٹروس اور روٹی کی شکل میں دئے گئے۔ یہ دو روز تک بافتوں کے اندر محبوس رہے اور پھر انسولین کا اثر زائل ہوجانے کے بعد بڑی حد تک پیشاب میں خارج ہوگئے (9)۔

لبلبی قلت کا ابتدائی درجہ (ملاحظہ ہو صفحہ 409)، جس میں ڈیکسٹرنس اور نشاپاش خمیر جگر سے خون میں داخل ہوجاتے ہیں دوسری جگہ مذکور ہے۔ تین دوسرے بتعناتی غدد یعنے سرگردے، درقیہ اور نخامیہ جزائر لنگرہانس سے مخالف سمت میں عمل کرتے ہیں، کیونکہ اُن کو تحریک پہنچانے سے خون میں کی شکر زیادہ ہوجاتی ہے۔ سرگردے دوران خون کے اندر ایڈرینین (adrenin) داخل کرتے ہیں اور یہ جگر میں پہنچکر گلائکوجن کو توڑ کر اس سے ڈیکسٹروس بنادیتی ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ اس عمل کے وقوع کے لئے ضفیرۂ کبدی کا صحیح وسالم رہنا ضروری ہے۔ درقیہ غالباً سرگردوں کو تحریک پہنچا کر اپنا فعل کرتا ہے۔ کلاڈ برنارڈ کا دماغی بطین چہارم کا انثقاب حشائی اعصاب کے ذریعہ سرگردوں کو تحریک پہنچاکر

بیش شکر دمویت پیدا کر دیتا ہے۔

ذیابیطس شکری کی امراضیات ۔ ۲۰۰ سال سے زائد عرصہ سے ذیابیطس شکری لبلبہ کے مرض کے ساتھ وابستہ سمجھا جاتا ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ اس کی بعض اصابتوں میں لبلبہ صریحاً مرضی تھا۔ ۱۸۸۹ء میں وان میرنگ (Von Mering) اور منکوسکی (Minkowski) نے ایک جانور کے لبلبہ کا استیصال کرکے اس مرض کو تجربتہً پیدا کر دیا۔ حال ہی میں ایلن (Allen) نے تبلادیا ہے کہ اگر ایک کتے کے لبلبہ کے ⅞ حصے نکال دئے جائیں تو خفیف ذیابیطس پیدا ہو جاتا ہے، اور اگر ۹/۱۰ حصے نکال دیئے جائیں تو یہ ذیابیطس شدید درجہ کا ہوتا ہے اور مزید برآں یہ بھی تبلادیا ہے کہ وہ بافت جو اہم ہے جزیری ہوتی ہے نہ کہ عنیبی۔ تجربی مرض کے سریری خصوصیات انسانی ذیابیطس شکری سے قریبی مشابہت رکھتے ہیں، اور شدید اصابتوں میں کیتون بولیت موجود ہوتی ہے اس وقت جب کہ غذا میں چربی زیادہ ہو۔ حال ہی میں ایک حالت ذیابیطس کے برعکس بیان کی گئی ہے، جس میں جزیری خلیات کی ایک خودرو بیش بالیدگی ہو کر اس سے قلیل شکر دمویت کے علامات بار بار پیدا ہوئے۔ جزئی لبلبہ برآری کے بعد اس حالت میں اصلاح ہو گئی۔

تجربی ذیابیطس میں باقی ماندہ جزائر کے اندر نسیجیاتی تغیرات بالکل مخصوص و ممیز ہوتے ہیں۔ خلیات میں استسقا ہو جاتا ہے (Weichselbaum) اور اب انمیں ان کے ممیز ذرات موجود نہیں ہوتے (Bensley)۔ وہ خستہ اور درماندہ نظر آتے ہیں، کیونکہ جزیری بافت کی قلت کی وجہ سے انھیں کام حد سے زائد کرنا پڑا ہے۔ انسانی اصابتوں میں لبلبہ امتحان بعد الممات میں اکثر طبعی نظر آتا ہے اور کوئی صریح نسیجیاتی تغیرات نہیں ہوتے۔ دقت یہ ہے کہ لبلبہ موت کے بعد بہ سرعت تحلیل ہو کر خراب ہو جاتا ہے، مزید برآں یہ کہ اگر اصابت زیادہ مدت کی ہو تو جزائر کے وہ نسیجیاتی تغیرات جو حاد اصابتوں میں دیکھے جاتے ہیں غائب ہو جانے کا رجحان رکھتے ہیں، کیونکہ خلیات بتدریج مردہ ہوتے جاتے ہیں۔ تاہم ایلن بیان کرتا ہے کہ جب وہ کافی احتیاط سے کام لیتا ہے تو خرد بینی امتحان سے ہمیشہ ذیابیطسی اور غیر ذیابیطسی

لبلبہ میں فرق کر سکتا ہے، بشرطیکہ بافت تازہ ہو۔ اس سے یہی نتیجہ حاصل ہوتا ہے کہ ذیابیطس اور جزائر لنگرہانس کے درمیان ایک واضح تعلق ہے۔

امراضیات ذیابیطس کے متعلق اس خیال کی ایک حیرتناک تصدیق ۱۹۲۲ء میں ایف۔ جی بینٹنگ (F. G. Banting) اور اُن کے رفیق کار سی۔ ایچ بیسٹ (C. H. Best) کی عہد آفریں تحقیق سے ہوگئی۔ پہلے پہل کتے کے لبلبہ سے، قناۃ کو باندھنے کے چند ہفتے بعد، انسولین کی تفریق کی گئی۔ اس کارروائی سے غنیبی خلیات میں انحطاط پیدا ہو گیا لیکن جزیری خلیات صحیح و سالم رہے۔ بالآخر مسلخ سے حاصل کردہ معمولی لبلبہ سے، الکحل کے ساتھ کسری ترسیب کے ذریعہ انسولین تیار کرنے کا ایک طریقہ عمل میں لایا گیا، اور یہی طریقہ بعض ترمیمات کے ساتھ آج کل کام میں لایا جاتا ہے۔

تندرست شخص میں معمولی امتحانات سے پیشاب میں کوئی شکر نہیں مل سکتی، لیکن مخصوص طریقوں سے امتحان کرنے پر پیشاب میں ہمیشہ ۰٫۰۱ فیصدی تک شکر پائی گئی ہے۔ جب دموی شکر زیادہ ہو کر تقریباً ۰٫۱۸ یا ۰٫۲ فی صدی تک پہنچ جاتی ہے تو گردہ ڈیکسٹروس کو ایسی مقداروں میں خارج کرتا ہے جن کی شناخت بآسانی کی جاسکتی ہے۔ اسکو دھلیز کلوی (threshold of the kidney) کہتے ہیں۔ حقیقی ذیابیطس کے مریضوں کی دہلیز کلوی کم ہوسکتی ہے یا زیادہ۔ اول الذکر حالت میں گو خون کے اندر کی فی صدی مقدار علاج سے گھٹ کر طبعی درجہ پر ہوگئی ہوتا ہم شکر پھر بھی خارج ہوتی رہتی ہے۔ آخرالذکر حالت میں جب کہ دموی شکر کی فی صدی مقدار ہنوز زیادہ (مثلاً ۰٫۳ فیصدی) ہو، شکر کا اخراج موقوف ہو جاتا ہے۔

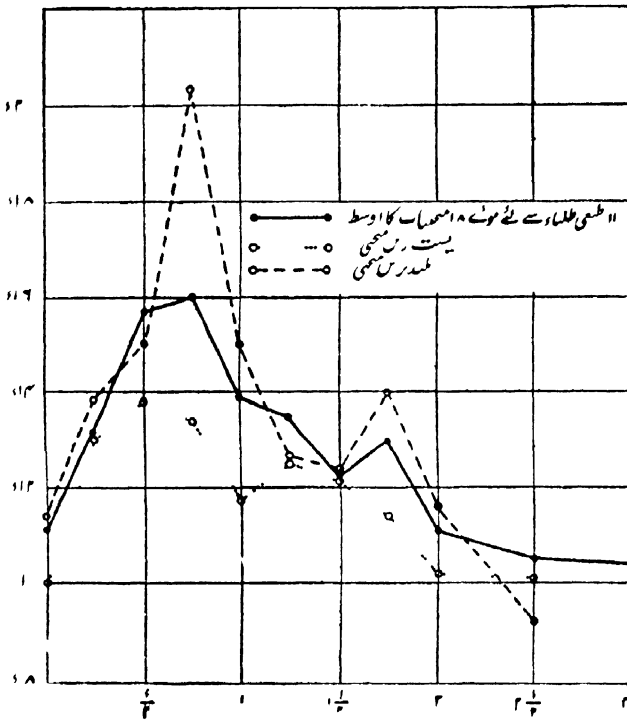
جیکبسن کے دموی شکری برداشت کے منحنی (Jacobsen's blood sugar tolerance curves) تشخیص میں اہمیت رکھتے ہیں۔ علی الصباح خالی معدے کی حالت میں ڈیکسٹروس کی ایک خوراک دیجاتی ہے، اور دموی شکر کی تخمین پہلے سے اور بعد میں مقررہ وقفوں کے بعد کی جاتی ہے۔ پیشاب جمع کر لیا جاتا ہے اور اگر اس میں کوئی شکر ہو تو اس کی تخمین کر لی جاتی ہے۔ گیارہ

طبعی طالب علموں کو ۵۰ گرام ڈیکسٹروس دینے کے بعد ڈاکٹر ڈبلیو۔ ڈبلیو۔ پین (Dr. W. W. Payne) کو جو نتائج حاصل ہوئے وہ شکل ۷۔۵ میں تبلائے گئے ہیں۔ الف سارے گروہ کا اوسط منحنی ہے، ب پست ترین منحنی ہے، اور ج بلند ترین منحنی ہے۔ آخر الذکر حالت میں پیشاب کے اندر شکر کا ایک شائبہ خارج ہوا۔ تینوں منحنیوں میں دموی شکر ڈیڑھ گھنٹہ میں گھٹ کر تقریباً نقطۂ آغاز پر آگئی لیکن ثانوی ارتفاعات بھی نظر آرہے ہیں۔ یہ طریقہ کلوی ذیابیطس کی اصابتوں کے گروہ کو حقیقی ذیابیطس شکری سے علیحدہ کرنے کے لئے استعمال کیا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 469) (84)۔ اس گروہ میں شکری برداشت کا منحنی طبعی ہوتا ہے، اگرچہ مریض مسلسل شکر خارج کرتے رہتے ہیں۔ ذیابیطس میں دموی شکر اکثر معمول کے نسبت زیادہ سرعت کے ساتھ مرتفع ہوتی ہے اور اس کا یہ ارتفاع نسبتہً زیادہ طویل عرصہ تک جاری رہتا ہے، اور ابتدائی لیول کی واپسی میں بہت تاخیر ہوجاتی ہے۔ اسے شکل ۸۔۵ میں ب، ج، اور د منحنیوں سے ظاہر کیا گیا ہے، جو ذیابیطس شکری کے مختلف شدتوں والے مریضوں سے حاصل کئے گئے ہیں۔ مقابلہ کی غرض سے الف منحنی بھی شامل کرلیا گیا ہے، جو طبعی طالب علم کا منحنی ہے، جو شکل ۷۔۵ کے اوسط منحنی سے نہایت قریبی مشابہت رکھتا ہے۔ دیکھا جائے گا کہ ذیابیطس کی حالت میں یہ منحنیات زیادہ بلند ہونے کا رجحان رکھتے ہیں۔ لیکن اس سے بھی زیادہ ممیز امر وہ طویل عرصہ ہے جو ان کے گر کر نقطۂ آغاز تک پہنچنے میں صرف ہوتا ہے۔ یہ عرصہ ہمیشہ ڈیڑھ گھنٹے سے زائد ہوتا ہے۔ گلوکوس کی صحیح مقدار جو بچوں میں استعمال کرنی چاہیئے (اس کے لئے ملاحظہ ہو صفحہ 6)۔ 464

ذیابیطس کی خفیف اصابتوں میں، جنھیں بعض اوقات غذائی شکر بولیت (alimentary glycosuria) کے نام سے یاد کرتے ہیں، صرف کاربوہائڈریٹ کی غذا کھانے کے بعد ہی پیشاب میں شکر خارج ہوتی ہے۔ لیکن زیادہ شدید اصابتوں میں غذا کو تمام کاربوہائڈریٹس سے مبرا کردینے کے بعد بھی شکر مسلسل خارج ہوتی رہتی ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ وہ پروٹینز سے اور غالباً

چربی سے بھی پیدا ہو جاتی ہے۔

شکر کے سریری کاشفات :۔ بینیڈکٹ کے کیفی کاشفہ (Benedict's qualitative test) میں ایک امتحانی نلی کے اندر مشتبہ پیشاب کے تین یا چار قطروں میں (جس کا انحصار قطرہ کی جسامت پر ہے) محلول بینیڈکٹ[1]

شکل ۵۷ ۔ دموی شکری برداشت کے طبعی منحنی

کے ۵ سی سی شامل کر دیئے جاتے ہیں ۔ اِس آمیزہ کو گرم کر کے خوب جوش دیا جاتا ہے

[1] اس امر کی احتیاط رکھنی چاہیئے کہ وہ محلول نہ دیا جائے جو بینیڈکٹ کے کمّی امتحان کیلئے مخصوص ہوتا ہے اور جس سے اُبالنے پر ایک خفیف المقدار سپید سفوف حاصل ہوتا ہے بشرطیکہ شکر موجود ہو۔

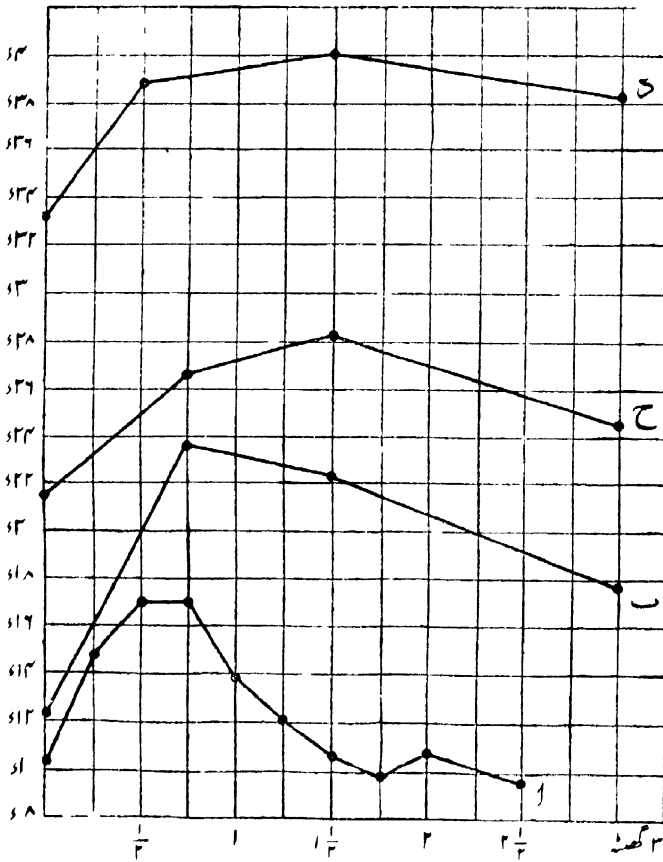
اور یہ عمل ایک دو منٹ تک جاری رکھا جاتا ہے، اور پھر آمیزہ کو خود بخود ٹھنڈا ہونے دیا جاتا ہے۔ اگر گلوکوز موجود ہے تو یہ آمیزہ از سرتاپا ایک رسوب سے بھر جائے گا جو ممکن ہے کہ سرخ، یا زرد یا سبزی مائل ہو۔ اگر شکر کی مقدار ۰٫۳ فی صدی سے کم ہے تو یہ رسوب صرف ٹھنڈا ہونے پر ہی بنتا ہے۔ اگر شکر موجود نہیں ہے تو یہ محلول بالکل صاف رہتا ہے۔

فینائل ھائڈریزین کا کاشفہ (phenylhydrazine test)-

ایک امتحانی نلی تقریباً ½ انچ تک فینائل ہائڈریزین ھائیڈروکلورائیڈ (phenylhydrazine hydrochloride) سے، اور دوسرے ½ انچ تک سوڈیئم ایسیٹیٹ (sodium acetate) سے بھر لی جاتی ہے۔ پھر اُس امتحانی نلی کو پیشاب سے آدھا بھر لیا جاتا ہے، اور پھر سب کو ایک پن جنتر میں پندرہ سے لے کر ساٹھ منٹ تک (جس کا انحصار موجودہ شکر کی مقدار پر ہوتا ہے) گرم کیا جاتا ہے۔ اُسے ٹھنڈا ہونے دیا جاتا ہے۔ زرد ثفل کا امتحان کیا جاتا ہے، جس سے خردبین کے نیچے باریک قلمی سوئیوں کے گچھے نما جھنڈ (فینائل گلوکوسازون) ظاہر ہوں گے، جو ۲۰۵ درجہ سینٹی گریڈ پر پگھل جاتے ہیں۔

465

تخمیری امتحان (fermentation test)- اگر خمیر کی (جسے دھو کر نشاستہ یا شکر سے مبرّا کر لیا جائے) تھوڑی مقدار پیشاب میں شامل کر کے اسے چند گھنٹوں کے لئے ایک طرف رکھ دیا جائے تو تخمیر کی وجہ سے گلوکوز، الکحل اور کاربونک ایسڈ میں تبدیل ہو جائے گا۔ اب اس کی کثافت نوعی کو دیکھنا چاہیئے اور ثنی نمونہ کے پیشاب کی کثافت نوعی کے ساتھ اس کا مقابلہ کرنا چاہیئے جس کو خمیر کے بغیر مماثل حالات کے تحت رکھ دیا گیا ہو۔ یہ دیکھا جائے گا کہ کثافت میں کمی واقع ہوئی ہے جو کہ تلف شدہ گلوکوز سے تناظر ہے۔ چنانچہ کثافت نوعی کے فرق کو ۰٫۲۳ سے ضرب دینے سے شکر کی فی صدی مقدار حاصل ہو جاتی ہے۔ اگر امتحانی نلی کو پورا بھر کر ایک طشتری میں اُلٹ دیا جائے تو کاربونک ایسڈ گیس، جیسے جیسے کہ وہ بنتی ہے، نلی کے بالائی حصہ میں جمع ہوتی جائے گی اور پیشاب کو وہاں سے ہٹا دے گی۔

تقطیب نما۔ ڈیکسٹروس تقطیب کے مستوی کو دائیں طرف پھیر دیتی ہے۔ اس میں بیٹا آکسی بیوٹائرک ایسڈ کی موجودگی خلل انداز ہوتی ہے، جو چپ گرداں ہوتا ہے۔

شکل ۵۸ ۔ ذیابیطس میں دموی شکری برداشت کے تین منحنی

(بیان کے لئے متن ملاحظہ ہو)

مغالطات۔ خواہ شکر موجود نہ بھی ہو، مرتکز پیشاب کے اندر گلائکیورانک ایسڈ، یورک ایسڈ، پیورک ایسڈ، کریئٹینن اور ہوموجینٹسک ایسڈ کی موجودگی

تھوڑی سی ترجیع (reduction) واقع کر سکتی ہے۔ اسی واسطے خفیف ترجیع شکر کی موجودگی پر اس وقت زیادہ دلالت کر سکتی ہے جب کہ پیشاب کی کثافت نوعی پست ہو بہ نسبت اُس حالت کے جب کہ یہ بلند ہو۔ کثافت نوعی کو محسوس طور پر بلند کرنے کے لیئے بہت سی شکر موجود ہونی چاہیئے۔

گلائکیورانک ایسڈ ہمیشہ کسی دوسری شئے کے ساتھ جڑ جاتا ہے جو کہ پیشاب میں خارج ہوتی ہے۔ یہ مارفیا، کلوروفارم کے بخار، کلورل، بوٹائل کلورل، کافور، کوپیبا، کباب چینی، سیلی سیلک ایسڈ، اور ٹینک ایسڈ کے استعمال کے بعد پایا جاتا ہے۔ ڈیکسٹروس کے علاوہ دوسری شکریں بھی پیشاب میں مل سکتی ہیں۔ لیویولوز خارج ہو سکتی ہے، ڈیکسٹروس کے ساتھ، اور تنہا بھی۔ اُس کی موجودگی سے کبدی قلت (hepatic deficiency) کا احتمال پیدا ہوتا ہے۔ اُس سے ترجیعی اور تخمیری کاشفات حاصل ہو جاتے ہیں، لیکن اُس کی تفریق اُسکی چپ گردانی سے اور سیلی وناؤ کے کاشفہ (Seliwanow's test) سے کی جا سکتی ہے۔ ۴ سی سی پیشاب اور اسی سی کاشف سیلی وناؤ (Seliwanow's reagent = ریسارسن ۵ گرام، ہائڈروکلورک ایسڈ، جس کی کثافت نوعی ۱۹۵ء۱ ہو، ۳۰ سی سی، آب کشیدہ ۳۰ سی سی) کے آمیزے کو ایک بن جنتر کے اندر چند منٹ تک گرم کیا جاتا ہے، یہاں تک کہ وہ اُبلنے لگے۔ اگر لیویولوز موجود ہے تو اس محلول کا رنگ سرخ ارغوانی ہو جاتا ہے، لیکن تنہا ڈیکسٹروس رنگ کا کوئی ایسا تغیر نہیں پیدا کرتی۔ کاذب لیویولوز (pseudo-lævulose) (ایسو گلائکیورانک ایسڈ = iso-glycuronic acid) بھی یہی رنگ پیدا کر دیتی ہے۔

لیکٹوز دودھ پلانے والی عورتوں میں ملتی ہے اور اُن شیرخوار بچوں میں جنھیں معدی معوی التہاب (gastro-enteritis) کی شکایت ہو۔ اُس سے ترجیعی کاشفہ حاصل ہو جاتا ہے مگر تخمیری کاشفہ نہیں حاصل ہوتا اور وہ راست گرداں ہوتی ہے۔ فینائل ہائڈریزین سے امتحان کرنے پر اس سے قلمی سوئیاں حاصل ہوتی ہیں جو کروی جھنڈوں کی صورت میں ہوتی ہیں اور ۲۰۰ درجہ سینٹی گریڈ پر پگھل جاتی ہیں۔

جن پھلوں میں ارابنوز (arabinose) موجود ہو (یعنے چیریز :cherries، پلمس

plums: اور سیب) اُن کے کھانے کے بعد پیشاب میں پِنٹوس (pentose) خارج ہوسکتی ہے۔ خود رُو پینٹوس بولیت (pentosuria) تحول کی ایک شاذ خرابی ہے، جو پروٹینی درآمد کی تحدید سے کم ہوجاتی ہے۔ پینٹوس تانبے کی ترجیع کردیتی ہے، لیکن اُس میں تخمیر نہیں ہوتی، اور اُس سے بیال کا آرسینی کا شقہ (Bial's orcin test) حاصل ہوتا ہے۔

مَرضی تشریح۔ اصابتوں کے کچھ تناسب میں لبلبہ خالی آنکھ سے صریحاً مرضی نظر آتا ہے۔ اکثر اُس میں ذبول یا تلیف ہوجاتا ہے، یا یہ دونوں بیک وقت موجود ہوتے ہیں۔ اور ان حالات میں جو دوسرے تغیرات ملتے ہیں وہ حسب ذیل ہوتے ہیں :۔ غدے کے بڑے حصوں کا متغیر ہوکر شحمی بن جانا، تکیس، نزف، سرطان، قناتوں میں سنگ، اور دوسرے۔ نسیجیاتی تغیرات پر اِس سے پہلے غور کیا گیا ہے۔ بہت سی اصابتوں میں، بالخصوص اُن میں جو تھوڑی مدت کی ہوں، دوسرے اعضا کے بعد الممات مظاہر طبعی حالت سے بہت کم مختلف ہوتے ہیں۔ زیادہ پُرانی اصابتوں میں وہ امراضیاتی تغیرات پائے جاتے ہیں جو پیچیدگیوں کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ اکثر گردوں کی کلائی پائی جاتی ہے، اور زیادہ مدت کی اصابتوں میں اُنبوبی خلیات گلائکوجن کی دریزش اور ترویبی تنخر ظاہر کرتے ہیں، جو کیتونیت کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ خالی آنکھ کو جگر میں کوئی غیر معمولی بات نظر نہیں آتی، الاّ خون لونیت یا ذیابیطس اسمر (diabéte bronzé) کی شاذ اصابتوں میں۔ (ملاحظہ ہو صفحہ 394)۔ خون بعض اوقات ایک عجیب گلابی یا اِسٹرابیری جیسا رنگ ظاہر کرتا ہے، اور ایک طرف رکھنے پر اُس کی سطح پر ایک ملائی جیسی تہ جمع ہوجاتی ہے۔ اِس حالت کو تشحم الدم (lipæmia) کہتے ہیں۔ لیکن اِس ملائی جیسی تہ کو بنانے والے ذرّات یقیناً اصلی چربی کے ذرات سے مختلف، اور لیسی تھین (lecithin) اور گلابیولین (globulin) سے بنے ہوئے ہوتے ہیں (نیز ملاحظہ ہو صفحہ 981)۔ خون کی حالت دورانِ زندگی میں شبکیتی عروق میں شناخت کرلی گئی ہے، چنانچہ شرائین اور اَورِدہ دونوں قعرِ چشم کے مرکز میں سامنِ مچھلی کے رنگ کے اور محیط میں ملائی کے رنگ کے ہوتے ہیں

(شبکیتی تشحم الدم = lipæmia retinalis)۔ وہ تمیع ہوتے ہیں اور ایک دوسرے سے قریبی مشابہت رکھتے ہیں۔

کیتونیت (ketosis)۔ جب کاربوہائیڈریٹس کی قلت ہو، یا آخر الذکر کام میں نہ لائے جا سکیں، تو غالباً غذائی شحم اور جسمانی شحم کاربوہائیڈریٹ میں تبدیل ہو جاتی ہے، اور اس کے ساتھ ہی اس شحم سے ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ، $CH\ COOH = CH_3\ COH$ (جس کو غلط طور پر ڈائی ایسیٹک ایسڈ کہتے ہیں) بنتا ہے (8)۔ یہ ایک زہری شئے ہے، اور غالباً بڑی حد تک جگر کے اندر ترجیع کے ذریعہ بے ضرر بی۔ آکسی بیوٹائیرک ایسڈ، $CH_3\ CHOH\ CH_2\ COOH$ میں تبدیل ہو جاتی ہے، اور گردے طبعی طور پر ان دونوں اشیاء کو تلف کر دیتے ہیں، مگر اس عمل میں متضرر ہو جاتے ہیں (41)۔ تھوڑا ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ، کاربن ڈائی آکسائیڈ (CO_2) کے ایک سالمہ کے نقصان سے ایسیٹون (acetone) $CH_3CO\ CH_3$ میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ یہ تینوں اشیاء خون اور پیشاب میں ظاہر ہوتے ہیں، اور مزید برآں ایسیٹون سانس میں بھی خارج ہوتا ہے۔ اس حالت کو کیتونیت کہتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 451)۔ یہ دوران فاقہ میں ظاہر ہوتی ہے، نیز اس وقت جب کہ غذا میں کاربوہائیڈریٹس کی قلت ہو، بالخصوص اگر چربی حد سے زائد ہو۔ اور شدید قئے، جیسے کہ دوری قئے (cyclical vomiting)، اور دوران حمل کی متلف قئے کی حالت میں۔ حموی اور ضعفی حالتوں (cachectic conditions) میں۔ اور ما بعد عدم حسیت (post-anæsthetic) یا "کلوروفارم کے آجل تسمم" ("delayed chloroform poisoning")، تسمم فاسفورس، حاد اصفر ذبول (acute yellow atrophy) اور اختناج (eclampsia) میں، جو سب کے سب جگر کا مرکزی تنخر شحمی تغیرات کے ساتھ ظاہر کرتے ہیں۔ تندرست اشخاص میں سوڈیم بائی کاربونیٹ کی بڑی مقداریں لینے کے بعد۔ اور ذیابیطس شکری میں جب ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ خون کے اندر ایک بلند ارتکاز پر پہنچ جاتا ہے تو ممکن ہے کہ وہ قوما پیدا کر کے ہلاکت پیدا کر دے۔ یہی شدید ذیابیطس میں اور عرصہ تک قئے ہونے کے بعد بھی واقع ہو سکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 841)۔ شدید

ذیابیطس کی ایک اطالت پذیر اصابت میں مریض کے تحول کے ساتھ جسمانی شحم بڑی حد تک غائب ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ کیتونیت بھی تقریباً غائب ہو جائے، لیکن مریض فاقہ یا خوارے سے ہلاک ہو جاتا ہے۔

کیتونیت کیلئے سریری کاشفات۔ قارورے کے بیٹا آکسی بیوٹائرک ایسڈ (β-oxybutyric acid) کے لئے کوئی لونی کاشفہ نہیں ہوتا۔ گرہارٹ کا کاشفہ (Gerhardt's test)، جو ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ کے لئے مستعمل ہے، یہ ہے کہ پیشاب میں فیرک کلورائڈ (ferric chloride) شامل کر دینے سے ایک پورٹ وائن (port-wine) جیسا رنگ حاصل ہو جاتا ہے۔ گرم کرنے سے یہ غایب ہو جاتا ہے۔ یہ کوئی زیادہ نازک کاشفہ نہیں ہے۔ اسے اس مماثل تعامل سے متمیز کرنا چاہئے جو سیلی سلیٹس (salicylates) لینے کے بعد بھی حاصل ہو جاتا ہے، لیکن آخر الذکر صورت میں گرم کرنے سے رنگ غایب نہیں ہوتا۔ سوڈیم نائٹروپروسائڈ (sodium nitroprusside) کے ساتھ ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ اور ایسیٹون دونوں سے دو کاشفات حاصل ہوتے ہیں، لیکن وہ اول الذکر کے لئے اس سے تقریباً بیس گنا زیادہ حساس ہوتے ہیں کہ جتنے آخر الذکر کے لئے۔ لیگال کے کاشفہ (Legal's test) میں پیشاب کے اندر سوڈیم نائٹروپروسائڈ کی ایک چھوٹی قلم یا اس کے تازہ تیار کئے ہوئے محلول کے چند قطرے ٹپکا دیئے جاتے ہیں، اور پھر قدرے کاسٹک سوڈا (caustic soda)۔ ایک شاہ دانہ جیسا سرخ رنگ پیدا ہو جاتا ہے جو جلد ہی ماند پڑ جاتا ہے۔ اب ایسیٹک ایسڈ کی وافر مقدار ملا دینے سے ایک قرمزی سرخ (carmine-red) یا نسبتہً گہرا ارغوانی رنگ پیدا ہو جاتا ہے۔ روتھیرا کے کاشفہ (Rothera's test) میں پیشاب میں جامد ایمونیم سلفیٹ کے ساتھ سوڈیم نائٹروپروسائڈ کی ایک قلم اور ایمونیا کی وافر مقدار شامل کر دی جاتی ہے، جس سے بتدریج ایک ارغوانی رنگ نمودار ہو جاتا ہے۔ ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ کے لئے سب سے زیادہ حساس کاشفہ یہی ہے۔

یہ کاشفات کیتونیت کی موجودگی ظاہر کرنے کے لئے تو نہایت عمدہ ہیں، لیکن اس کی مقدار ظاہر کرنے کے لئے (جس سے یہ دریافت ہو سکے کہ آیا ذیابیطس کے

مریض کو قوما ہونے کو ہے یا نہیں) چنداں کار آمد نہیں۔ اس کا ایک سبب یہ ہے کہ جب قوما ہونے کے قریب ہوتا ہے تو فشارِ خون کے سقوط کے ساتھ گردوں کی اخراجی قوت زائل ہونا شروع ہوتی ہے، جس سے پیشاب کے اندر اِن اشیا کی مقدار بھی کم ہو جاتی ہے اور اس کے بالعکس یہ خون کے اندر جمع ہو جاتے ہیں۔ اِن کا یہی اجتماع ہے جس سے خطرے کی مقدار کا اندازہ ہوتا ہے۔ اِس کے تین طریقے حاصل ہیں جن سے فائدہ اُٹھایا جا سکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 452)۔ مجموعی نائٹروجن سے امونیا نائٹروجن کی نسبت کی دریافت اور ۵ گرام سوڈیم بائی کاربونیٹ براہِ دہن دینے کا کاشفہ اس سے پہلے کافی طور پر بیان ہو چکا ہے۔ جوفیزی کاربن ڈائی آکسائڈ والے طریقہ (alveolar CO_2 method) کا انحصار اِس حقیقت پر ہے کہ طبعی کاربن ڈائی آکسائڈ کی قدریں ۵ء۴ اور ۲ر۶ فی صدی کے درمیان ہوتی ہیں، اور یہ مردوں کے نسبت عورتوں میں کسیقدر پست تر ہوتی ہیں۔ ذیابیطس میں ۲ فی صدی قدر کے یہ معنے ہیں کہ اگر اصلاح واقع نہ ہوئی تو ممکن ہے کہ چوبیس گھنٹے کے اندر قوما طاری ہو جائے۔ مریض کی جوفیزی کاربن ڈائی آکسائڈ ۳ اور ۴ فی صدی کے درمیان ہو تو ممکن ہے کہ وہ بہت دنوں بلکہ چند ہفتوں تک زندہ رہے۔ خراب سے خراب تر حالت میں اُسے تین یا چار دن سے پہلے قوما نہیں طاری ہوگا۔ یہ پہلے ہی بیان کیا گیا ہے کہ کاربن ڈائی آکسائڈ کی وہ تخفیف جو زیادتی تنفس کی وجہ سے واقع ہو جاتی ہے، ایک ایسی میکانیت ہے جو خون میں کے ثابت ترشے (fixed acid) کی زیادتی کی تعویض کرتی ہے، اور یہ خون کے ہائڈروجنی رواں کے ارتکاز کا حد سے زیادہ ارتفاع ہونے کو روکتی ہے۔

علامات۔ ذیابیطس کے حملہ کا آغاز اکثر غیر محسوس طور پر ہوتا ہے۔ مریض محض بتدریج محسوس کرتا ہے کہ وہ معمول کے نسبت زیادہ سیال پیتا ہے اور زیادہ پیشاب کرتا ہے۔ یا ممکن ہے کہ اُسے پیشاب میں کوئی تبدیلی ہونے کے بجائے کمزوری اور لاغری کی شکایت ہو۔ بعض اصابتوں میں حملہ کا آغاز حاد ہوتا ہے، اور مریض کو وہ ٹھیک تاریخ یاد ہو سکتی ہے جب کہ اُسے پہلے پہل تشنگی محسوس ہوئی تھی۔

زیادہ شدید قسم کی اصابت میں، جس کا آغاز حاد طور پر ہو یا ایک نسبتہً خفیف اصابت بڑھ کر زیادہ شدید ہو گئی ہو، ممیز علامات علاج نہ ہونے کی صورت میں جلد ہی ایسے ممتاز ہو جاتے ہیں کہ ان کے متعلق مغالطہ کا احتمال نہیں رہتا۔ وہ علامات یہ ہوتے ہیں:۔ تبوّل بار بار اور زیادہ مقدار میں ہونا، شدید تشنگی، عموماً بھوک کا بہت زیادہ لگنا، جسمانی کمزوری، اور دُبلاپن۔ بعض اوقات بھوک بے انتہا زیادہ ہوتی ہے، لیکن دوسری اصابتوں میں وہ بہت کم متاثر ہوتی ہے، اور اکثر آخر میں زائل ہو جاتی ہے۔ دہن اور لب خشک ہو جاتے ہیں، زبان سُرخ، کچی اور "گائے کے گوشت جیسی" ہو جاتی ہے، اور مُنہ کا مزا عموماً میٹھا ہوتا ہے۔ بالعموم ہضم اچھا ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ مریض غذا کی بڑی مقداروں کو ہضم کرنے میں کوئی دقت محسوس نہ کرے۔ آنتوں میں عموماً قبض ہوتا ہے۔ جلد کھُردری اور خشک ہوتی ہے۔ اسی کے ساتھ ساتھ تغذیہ بہت شدت کے ساتھ متاثر ہوتا ہے، اور مریض بہ سرعت لاغر ہو کر بے انتہا کمزور ہو جاتا ہے۔ وہ دماغی محنت پر راغب نہیں ہوتا اور اُس کی طبیعت پست اور مزاج چڑچڑا ہو جاتا ہے۔ جوفیزی ریمی سیلان کی وجہ سے دانت ڈھیلے پڑ کر ہلنے لگتے ہیں۔ مردوں کی قوت رجولیت اکثر زائل ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ عورتوں میں حیض کا آنا موقوف ہو جائے۔

468

پیشاب کی مقدار زیادہ ہو کر روزانہ ۵ یا ۱ لیٹر ہو جاتی ہے اور خارج شدہ شکر ۵۰ گرام سے اوپر اور اس کا ارتکاز ۸ فی صدی تک ہوتا ہے۔ اس قدر شکر کی موجودگی کی وجہ سے پیشاب کی کثافت نوعی بڑھ کر ۱۰۴۰ یا ۱۰۴۵ تک پہنچ جاتی ہے۔ پیشاب عموماً پھیکے زرد رنگ کا یا تقریباً پانی جیسا ہوتا ہے۔ اُس کی بو سوکھی گھاس جیسی میٹھی میٹھی اور مزہ بھی میٹھا ہوتا ہے۔ تعامل ترشئی ہوتا ہے۔ اُس میں ایسیٹون، ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ اور بیٹا آکسی بیوٹائرک ایسڈ موجود ہوتے ہیں۔

ذیابیطس کی خفیف اصابتوں کو بعض اوقات "غذائی شکر بولیت" کے نام سے یاد کرتے ہیں، لیکن دموی شکر کی برداشت کے منحنیات سے ظاہر ہوتا ہے کہ یہ حقیقی ذیابیطس کی ایک قسم ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ شکر بولیت صرف ایک ایسی کثیر المقدار غذا کھانے کے بعد ہی پائی جائے جس میں نشاستہ بہت موجود ہو۔

پیاس نہیں ہوتی، اور ممکن ہے کہ شکر کی روزانہ خارج شدہ مقدار ۵ گرام سے نیچے ہو۔ ممکن ہے کہ علامات موجود نہ ہوں، مگر مریض اکثر محسوس کرتے ہیں کہ پیشاب کا حجم بڑھ گیا ہے۔ ممکن ہے کہ اُن کو مختلف پیچیدگیوں کی شکایت ہو۔ اِس قسم کا ذیابیطس بالخصوص معمّر اشخاص میں ہوا کرتا ہے۔

پیچیدگیاں۔ ذیابیطس کے دوران میں متعدد پیچیدگیاں واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ بول شکری کی خراش عورتوں میں ایک تکلیف دہ حکۃ الفرج (pruritis vulvæ) اور مردوں میں التہابِ حشفہ (balanitis) پیدا کر دے۔ جلد کی عام خارش بھی ہو سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ جسم کے مختلف حصوں میں سراج پھوڑے (carbuncles) اور دُمّل (boils) پیدا ہو جائیں، اور اول الذکر موت کا باعث ہو جائیں۔ ذیابیطس میں زرد سلعہ (xanthoma) کی بھی ایک شکل دیکھی گئی ہے۔ بعض اوقات پاؤں کی اُنگلیوں کی یا ایک پُورے جارحہ کی گنگرین بھی ہوتی ہے، لیکن یہ اتھیرومائی شرائین کیساتھ وابستہ ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ البیومن بولیت موجود ہو، جو ساتھ واقع ہونیوالے کلوی تغیرات کی دلالت ہے۔ ذیابیطس میں اَنیلی جھٹکے اور رُکبی جھٹکے عموماً غیر موجود ہوتے ہیں۔ یہ یا تو التہاب اعصاب محیط کی وجہ سے ہوتے ہیں (peripheral neuritis) یا اُم حنونہ اور رمادی مادّے کے درمیان پچھلی عصبی جڑوں کے ریشوں کے انحطاط کے باعث، جس سے نخاع کے پچھلے استوانوں میں تغیرات واقع ہو جاتے ہیں (11)۔ وجع العصب (neuralgia) شدید ہو سکتا ہے، بالخصوص وَرکی قذالی اور توامی ثلاثی اینٹھن بھی ہو سکتی ہے۔ نہایت لاغر اشخاص میں پاؤں اور ٹانگوں کا اُذیما (ضعفی تھبج) دیکھنے میں آسکتا ہے، اور وہ سوڈیم بائی کاربونیٹ کی حد سے زیادہ مقادیر دینے سے بھی بہ آسانی پیدا ہو سکتا ہے۔

سِلِ ریوی ذات الریہ اور دوسرے ساری امراض ذیابیطس کے مریضوں میں اس سے زیادہ عام طور پر نہیں ہوتے کہ جتنے عام آبادی میں ہوتے ہیں۔ لیکن انذار نسبتہً خراب ہوتا ہے، گو زمانہ حاضرہ کے طرقِ علاج نے اسے بہتر بنا دیا ہے۔ ذیابیطس میں بصارت کئی طریقوں سے متاثر ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ

نظر کی قوت ماسکہ میں سریع تبدیلیاں اور کلیل النظری (amblyopia)، عضلہ ہدبیہ کے ضعف اور وسائط کے انعطاف نما میں تغیرات کے باعث ہو جو غالباً شکر کی موجودگی کے باعث واقع ہوجاتے ہیں۔ ذیابیطسی نزول الماء (cataract) عموماً شیخوخی قسم کا ہوتا ہے۔ لیکن نوعمر اشخاص میں ایک مؤخر قطبی نزول الماء (posterior polar cataract) ذیابیطس کی وجہ سے مل سکتا ہے، اگرچہ یہ بہت شاذ ہے۔ معمر مریضوں میں التہاب شبکیہ (retinitis) عام ہے، جو صلابت الشریانی التہاب شبکیہ سے مماثل ہوتا ہے۔ امکاناً یہ ذیابیطس اور شبکیتی التہاب دونوں شریانی مرض کے بعد ثانوی طور پر ہوتے ہوں اور دونوں میں کوئی راست تعلق نہیں ہوتا۔ دوسرے تغیرات یہ ہیں:۔ التہاب قزحیہ (iritis)، خلف المقلہ عصبی التہاب (retrobulbar neuritis) جو عصب بصری کا ذبول (optic atrophy) پیدا کردیتا ہے، شبکیہ اور زجاجیہ میں نزفات، اور شبکی تشحم الدم (lipæmia retinalis) جس کا پہلے تذکرہ کیا گیا ہے شدید علاج ناکردہ اصابتوں میں۔

ذیابیطسی قوما (diabetic coma)۔ یہ نام اس گروہ علامات کو دیا گیا ہے جو خون کے اندر ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ کے اجتماع کے باعث پیدا ہوجاتے ہیں، جو نظام دوران خون اور مرکزی عصبی نظام دونوں پر ایک زہر کے طور پر اثر کرکے ہلاکت خیز نتیجہ پیدا کردیتا ہے۔ اس علاماتی مخلوط کی تسبیب میں خون کے اندر کاربن ڈائی آکسائیڈ (CO_2) کی قلت بھی ممکن ہے کہ حصہ لیتی ہو۔ قوما کے اسباب معدّہ یہ ہیں:۔ (الف) ایسی غذا جس میں پروٹین اور شحم بکثرت ہو۔ (ب) اشتغال یا جذباتی صدمہ۔ (ج) عام عدم حسیت۔ غالباً گیس آکسیجن کے ساتھ سب سے کم مضرت رساں ہے، لیکن یہ بہت اہم ہے کہ مریض نیلا نہ ہونے پائے۔ (د) حادسرایتیں۔ (ہ) گردوں کا ناقص فعل، جس سے ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ کا نامکمل اخراج ہوتا ہے۔ (و) قبض۔ (ز) ایک نوعمر مریض میں جسکے بدن کی چربی انسولین کی مدد سے بڑھ گئی ہو، انسولین کا استعمال جاری نہ رکھنا۔

قوما کا آغاز اکثر بتدریج ہوتا ہے، لیکن علامات ذیل اس کی خبر دیتے ہیں:۔ فقدان اشتہا، پیشاب اور شکر کی روزانہ خارج ہونے والی مقدار میں ایک

سریع تخفیف، پیشاب میں البیومین اور سبائک کی موجودگی، اور ہٹیلا قبض۔ بعض اوقات شدید درد شکم ہوتا ہے۔ اُس وقت مریض کسیقدر جلد ہی حالت ہبوط اور قوا میں مبتلا ہوجاتا ہے۔ نبض سریع وضعیف ہوتی ہے، درون چشمی تناؤ کم ہوجاتا ہے، سطح جسم سرد، چہرہ پچکا ہوا اور جوارح کبود ہوتے ہیں۔ مریض نیم باز آنکھوں کے ساتھ بڑبڑارہتا ہے، اور اپنے گردوپیش پر التفات نہیں کرتا۔ اور گو سوال کرنے پر اُسے بیدار کرکے اُٹھایا جاسکتا ہے، مگروہ ایسی بدحواسی سے جواب دیتا ہے (بشرطیکہ وہ جواب دے) گویا وہ اُسے ادھوراہی سمجھا ہے۔ تنفس ان اصابتوں میں مخصوص طرز کا ہوتا ہے۔ یعنے وہ آہستہ آہستہ، گہرا، اور آہ کی نوعیت کا ہوتا ہے۔ سینہ کے حرکات نہایت وسیع ہوتے ہیں۔ تنفس خاتمہ کے قریب کسیقدر زیادہ بار بار ہونے لگتا ہے۔ اسی کے ساتھ سینہ کے امتحان سے کوئی غیر معمولی چیز نہیں ظاہر ہوتی۔ اس شکل کے تنفس کو **جوع الھوا** کہتے ہیں۔ بہت سی اصابتوں میں مریض کے بستر کے قریب ایک میٹھی سی، خوشبودار، یا اثیری بُو محسوس ہوسکتی ہے، جسے بعضوں نے سیب کی بُو سے تشبیہ دی ہے۔ یہ بو ایسیٹون سے منسوب کی جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ حالت ایک دن سے تین دن تک جاری رہے، اور پھر نبض زیادہ زیادہ ضعیف ہوتی جاتی ہے، گو ممکن ہے کہ قلب قوت کے ساتھ حرکت کرتا رہے، مریض زیادہ بے حس اور بالآخر بالکل قوبازدہ ہوجاتا ہے، اور موت اس منظر کو ختم کردیتی ہے۔ کبھی کبھی مریض کسیقدر ہذیان کے ساتھ بڑبڑاتا رہتا ہے۔ بعض اصابتوں میں علامات نسبتاً بہت زیادہ سریع ہوتے ہیں۔ مریض دفعتہً مہبوط ہوجاتا ہے، اُس کی نبض سریع وضعیف اور اطراف کبود ہوجاتے ہیں۔ جوع الھوا نمودار ہوجاتی ہے اور وہ چوبیس یا چھتیس گھنٹوں میں مرجاتا ہے۔

کلوی شکر بولیت (renal glycosuria)۔غیر خبیث شکر بولیت (benign glycosuria) (سلیم ذیابیطس: diabetes innocens)، ان اصطلاحات کا اطلاق ایک ایسی حالت پر کیا جاتا ہے، جن میں مریض سالہا سال تک شکر مسلسل خارج کرتے رہتے ہیں لیکن وہ نہایت کامل صحت کی حالت میں رہتے ہیں اور

اُنھیں ذیابیطس کے کوئی علامات نہیں ہوتے۔ شکر کی برآمد قلیل المقدار ہوتی ہے اور اکثر ۳۰ گرام یومیہ سے زائد نہیں ہوتی۔ کاربوہائڈریٹ کی ایک متاد لی جائے تو وہ اس برآمد میں چنداں فرق نہیں پیدا کرتی۔ بعض اصابتوں میں علاج سے اس شکر کو موقوف کرنا مشکل ہوتا ہے، مگر دوسری اصابتوں میں فاقہ کرانے سے شکر بہ سرعت غائب ہوجاتی ہے۔ دموی برداشتِ شکر کا منحنی طبعی ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 464)۔ دموی شکر خالی معدہ کی حالت میں طبعی ہوتی ہے مگر پھر بھی شکر خارج ہوتی ہے، جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ دہلیز کلوی پست ہے۔ اس حالت کی تسبیب نامعلوم ہے، لیکن کبھی کبھی یہ پیدائشی ہوتی ہے۔ اس کے لئے کسی علاج کی ضرورت نہیں۔ جب تجربتہً کسی جانور کو فلورڈزین (phlorıdzın) سے مسموم کردیا جاتا ہے تو شکر بولیت پست دہلیز کلوی کے ساتھ واقع ہوجاتی ہے۔

تشخیص۔ جب شکر کی موجودگی کی دریافت ترجیحی امتحانات میں سے کسی ایک سے کی جاتی ہے، اور تشنگی، کثرت بول یا عضلی کمزوری کی موجودہ یا ماسبق سرگذشت بھی موجود ہوتی ہے، تو ذیابیطس شکری کی تشخیص یقینی ہوجاتی ہے۔ اگر پیشاب کا امتحان نہیں کیا گیا ہے، تو ممکن ہے کہ اس مرض کی موجودگی نظر انداز کردی جائے اور مریض کا علاج ایک مبہم کمزوری اور "ناطاقتی" کے لئے کیا جائے، یا ممکن ہے کہ یہ امر فراموش کردیا جائے کہ پیچیدگیوں میں سے کسی ایک مثلاً راج پھوڑدں، حکنہ، یا قوما کا بنیادی سبب ذیابیطس ہی ہے۔ یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ ایسے اشخاص میں جن کا ذیابیطسی ہونا نامعلوم ہے، قوما کا وقوع ذیابیطس ہی کی وجہ سے ہوسکتا ہے، اور یہ کہ ذیابیطس کے مریضوں میں دردِ شکم ہی (جو اس قدر کافی شدید ہوسکتا ہے کہ اُس سے شکم شگافی کی ضرورت محسوس ہو) قوما کے آغاز کی پہلی علامت ہوسکتی ہے۔ خاص دقت اُس وقت پیش آتی ہے جب کہ کسی مریض کا پیشاب متعدد مواقع پر خفیف سی ترجیع ظاہر کرتا ہے اور کوئی علامات موجود نہیں ہوتے۔ سریری کا شفات سے متعلق مغالطات پر پہلے غور کیا گیا ہے، لیکن اگر تخمیری اور فینائل ہائڈریزینی کاشفات سے ڈیکسٹروس کی موجودگی ثابت ہوچکی ہو تو بھی یہ معلوم کرنا ضروری ہوتا ہے کہ آیا مریض حقیقی ذیابیطس شکری میں مبتلا ہے

اگر دموی شکر ۱۶۰ ا۔ ر۔ سے اوپر ہے تو تشخیص نہایت امید افزا ہو گی، مگر اگر وہ اس سے کم ہے تو بہترین طریقہ یہ ہو گا کہ برداشتِ شکر کا امتحان عمل میں لایا جائے یعنی ڈیکسٹروس کی ایک خوراک کے بعد خون کے تجزیات انجام دئے جائیں، جس سے انذار میں بھی مدد ملے گی۔

انذار۔ ذیابیطس شکری ایک نہایت خطرناک مرض ہے، جو معمر اشخاص کے نسبت نوعمروں میں زیادہ سریع اور ناموافق ثمر کا رجحان رکھتا ہے۔ اس کے ساتھ ہی انسولین اور با احتیاط غذائی علاج کے رواج کے ساتھ انذار بہتر بھی ہو گیا ہے۔ بعض اصابتوں میں علاج کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ شکر کی برداشت بڑھ جاتی ہے۔ لیکن شفایابی ان معنوں میں نہایت ہی شاذ ہے کہ وہ مریض بلا انسولین کے بے پرہیزی غذا پر بسر کر سکتا ہو اور پھر بھی اس کی دموی شکر طبعی درجہ پر رہتی ہو۔ بلا علاج کے انذار نوعمر مریضوں میں بلا استثناء ناموافق ہوتا ہے، کیونکہ مرض ترقی کرنے کا رجحان رکھتا ہے۔ ممکن ہے کہ مرض باوجود علاج کے ترقی کرتا رہے، بالخصوص اس وقت جب کہ مریض سرایت زدہ ہو گیا ہو۔ دورانِ مرض میں علاج کا آغاز جس قدر دیر سے کیا جائے گا انذار اسی قدر زیادہ ناموافق ہو گا۔ معمر اشخاص میں جنھیں نام نہاد "غذائی شکر بولیت" ہو، علاج نہ ہونے کی صورت میں مہلک نتیجہ نہ ہونا چاہیے۔ لیکن پیچیدگیوں (مثلاً راج پھوڑے، نزول الماء، اور التہاب شبکیہ) کا امکان ہمیشہ موجود ہوتا ہے۔ اسی واسطے ضروری ہے کہ ہمیشہ مناسب علاج کا آغاز کیا جائے تاکہ پیچیدگیاں پیدا نہ ہونے پائیں۔

تحریز۔ چوں کہ علاج کا جلد کیا جانا نہایت اہم ہے، لہذا وقتاً وقتاً امتحانِ بول کی سفارش کی گئی ہے۔ امتحانِ بول تندرست اراکینِ خاندان کی حالت میں اس وقت یقیناً عمل میں لانا چاہیے جب کہ ذیابیطس کسی خاندان میں موروثی طور پر چلا آ رہا ہو۔ ذیابیطس سے بچنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ صحت مندانہ زندگی بسر کی جائے، ساتھ ہی باقاعدہ ورزش جاری رکھی جائے اور فربہی اور مرکزی عفونت سے بچنے کی کوشش کی جائے۔

علاج ۔ ذیابیطس کا پہلا علاج جو عقلی اصول کے مطابق تھا، رولو (Rollo) نے کیا۔ اُس نے حیوانی غذا کی خوراک تجویز کی جس میں نشاستہ اور شکر موجود نہ تھی یہ ۱۹۱۵ء تک یہی طریقہ نہایت عام طور پر اختیار کیا جاتا تھا اور پروٹین اور شحم کی بڑی بڑی مقداریں دیجاتی تھیں۔ ایسی غذا کے ساتھ ذیابیطس کے کسی مریض کے پیشاب کا شکر سے خالی ہونا مقابلتاً شاذ امر تھا۔ اُن تجربات نے جو ایف۔ ایم۔ ایلن (F.M. Allen) نے لبلبہ ربودہ کتوں پر کیے، اور اُن سریری مشاہدات نے جو وان نورڈن، گوئیلپا (Guelpa) اور گراہام نے مختلف اوقات میں کیے علاجِ ذیابیطس میں تقلیل تغذیہ کی اہمیت کو واضح کر دیا۔ عموماً اختیار کردہ طریقہ یہ ہوتا کہ پہلے فاقہ کے ذریعہ سے پیشاب کو خالی از شکر کر لیا جاتا، اور پھر غذا بتدریج بڑھتی ہوئی مقداروں میں دیجاتی، کاربوہائڈریٹ کی درآمد کو بہ شدت محدود کر دیا جاتا، اور مریض کو مستقلاً معمول سے کم غذا دیجاتی تاکہ وہ دُبلا رہے۔ کم غذا پانے والے شخص میں اساسی تحوّل پست ہوتا ہے، چنانچہ جزیری بافت پر کام کا بار نسبتاً کم پڑتا ہے۔ یہ امر اُس وقت نہایت نفع بخش ہوتا ہے جب کہ یہ جزائر قلت زدہ ہوتے ہیں (جیسے کہ ذیابیطس میں) کیونکہ اگر اُن پر کام کا بار حد سے زیادہ ڈالا جاتا ہے تو وہ بتدریج خراب و خستہ ہو جاتے ہیں۔ کثیر پروٹین والی غذا اساسی تحوّل کو بلند کر دیتی ہے۔ اِسی کو پروٹین کا نوعی حرکی فعل کہتے ہیں انسولین کے انکشاف سے ذیابیطس کے علاج میں ایک انقلاب پیدا ہو گیا ہے۔ لیکن اگرچہ اب فاقہ کی ضرورت نہیں رہی تاہم غذا کی کسیقدر تحدید اب بھی عموماً ضروری ہوتی ہے بالخصوص زیادہ شدید اصابتوں میں۔

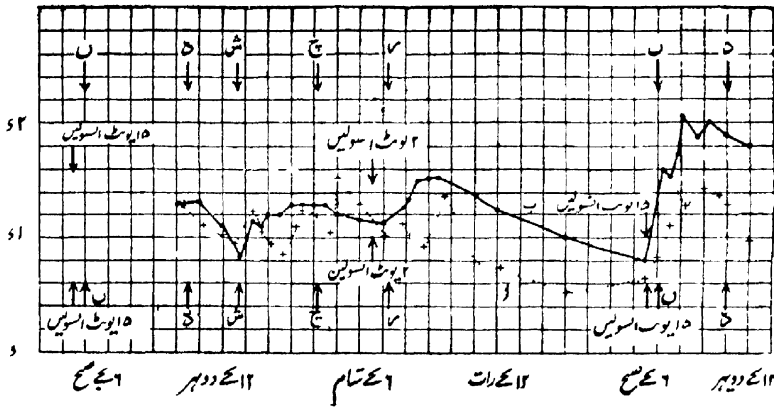
علاج کے شروع میں امکانی مرکزی سرایت کا جو دندانی راسی سرایت، عفونتی لوزتین، مرارہ، یا زائدہ دودیہ کی وجہ سے ہو، استیصال کر دینا چاہئے۔ علاج کا مقصد یہ ہے کہ انسولین کا استعمال ایسی مقداروں میں اور ایسے اوقات میں کیا جائے کہ دموی شکر چوبیس گھنٹوں کے دوران میں طبعی حدود کے اندر رہے۔

اصول علاج ڈاکٹر ڈبلیو۔ پین کے ایک مریض کی دموی شکر کی تخمینوں پر سے

مستنبط کیا جا سکتا ہے، جو شکل ۵۹ میں تبلائی گئی ہیں ۔ منحنی ب اوسط منحنی الف کے نسبت بلند تر ہے، کیونکہ کسیقدر پروٹین کے بجائے کاربوہائڈریٹ دیا گیا تھا۔ ورنہ الف اور ب میں غذا وہی تھی ۔ ناشتہ اور رات کے کھانے سے پہلے، بارہ گھنٹے کے وقفوں سے، روزانہ دو بار انسولین دینے کا اثر بہ حیثیت مجموعی ایک دوگونہ منحنی پیدا کرتا تھا، اور ایک ارتفاع کھانے کے فوراً بعد ہوکر اُس کے بعد ایک سقوط ہوتا تھا۔ اس مریض میں انسولین کی ایک کسیقدر کمتر مقدار نے صبح کا ارتفاع شام کے ارتفاع کے نسبت بہت زیادہ بلند تھا۔ منحنی الف میں ارتفاع یقیناً ناشتہ سے پہلے شروع ہوگیا، اور اُس کی توجیہ اُس بڑھی ہوئی تحولی فعالیت سے ہوسکتی ہے جو بیدار ہونے پر دفعتہً واقع ہوتی ہے۔ دوسری اصابتوں میں انسولین کی مساوی معتادوں کے ساتھ ممکن ہے کہ شام کا ارتفاع بلند تر ہو، اور جب انسولین کی تین معتادیں چھ بجے صبح، ۱۲ بجے دوپہر اور ۹ بجے شب کو یعنے رات کے کھانے کے بعد دیجاتی ہیں تو ایک سہ گونہ منحنی حاصل ہوتا ہے جو ممکن ہے کہ رات کے وقت بھی اسیقدر ہی بلند ہو جس قدر کہ دن کے وقت، غالباً بایں وجہ کہ پروٹینی تحول کاربوہائڈریٹ کے تحول کے نسبت زیادہ آہستہ واقع ہوتا ہے اور اِس وجہ سے وہ رات تک ملتوی ہوجاتا ہے (12)۔

جب علاج ابتدائً شروع کیا جاتا ہے تو ۴ یا ۵ اکائیوں کے اشرابات ناشتہ اور رات کے کھانے سے نصف گھنٹہ پہلے دئیے جاتے ہیں۔ یہ معتاد ہر دوسرے یا تیسرے روز بقدر ۴ یا ۵ اکائیوں کے بڑھادی جاتی ہے ۔ اِس سے پیشاب میں شکر کم ہوکر بالآخر غائب ہوجاتی ہے ۔ اِس درجہ میں اگر مثانہ خالی کرنے کے بعد دموی شکر کی تخمین کی جائے، اور آئندہ ۱۵ منٹ کے دوران میں خارج ہونے والے پیشاب کا امتحان کیا جائے تو دہلیز کلوی کی تعیین کی جاسکتی ہے ۔ اگر دہلیز کلوی طبعی یا معمولی (۱۶۰ء ــــ ۱۸۰ء) ہے تو چوبیس گھنٹوں کے دوران میں متواتر وقفوں پر خارج ہونے والے پیشاب میں شکر کی عدم موجودگی یہ ظاہر کرتی ہے کہ دموی شکر کبھی حد سے زیادہ بلند نہ تھی ۔ لیکن اگر دہلیز کلوی پست ہے، جیسا کہ ذیابیطس کے مریضوں کی کچھ تعداد میں ہوتا ہے تو مستقل ومتوالی خالی از شکر امتحانات کی توقع

نہ کرنی چاہیئے ۔ پھر اگر دہلیز کلوی بلند ہے تو قارورے کے امتحانات کی کچھ اہمیت نہیں ہے ۔ لیکن راقم الحروف کا تجربہ ہے کہ جب انسولین کے ذریعہ علاج اختیار کیا جاتا ہے تو بلند دہلیزات کلوی بہ سرعت طبعی ہو جاتے ہیں ۔ پیچیدہ اصابتوں میں شکر کے بالآخر غائب ہو جانے کے بعد انسولین کی زیادتی کو مزید جاری رکھنا چاہیئے، یہاں تک کہ مریض اُس کی معتاد کے دو تا چھ گھنٹے بعد ایک نہایت خفیف سا قلیل شکر دمویتی ردعمل (hypoglycæmia reaction) محسوس کرنے لگے، یعنی جوارح کا لرزہ، پسینہ، بھوک، خلو، یا متلی، دورانِ سر یا چکر، ذہنی اختلالات، دردِ سر، اختلاجات، خستگی، غشی، سُن پن، سردی یا گرمی کے احساسات، اور کبھی کبھی اسہال۔ یہ علامات اُن کے وقوع کے تواتر کے لحاظ سے مرتب کئے گئے ہیں (12)۔ اِس ذریعہ سے مریض ایک ابتدائی درجہ میں، اور طبی نگرانی میں ہونے کی حالت میں ہی محسوس کر لیتا ہے کہ انسولین کی مقررہ مقدار سے زائد ملنے کے اثرات کیا اور کیسے ہوتے ہیں۔ اِس تجربہ کی بنا پر اُس کا آئندہ علاج نسبتہً زیادہ وثوق و اعتماد کے ساتھ کیا جائیگا۔ اعظم معتاد جس کا مریض متحمل ہو سکے گا اُس مقدار سے ذرا ہی کم ہوگی جو یہ علامات پیدا کر دیتی ہے، اور یہی معتاد تجویز کرنی چاہیئے، کیونکہ یہ دموی شکر کو طبعی درجہ پر اور پیشاب کو مستقلاً خالی از شکر رکھے گی ۔ ایسے ذرائع کی وساطت سے دموی شکر کے امتحانات کی ضرورت بڑی حد تک لاحق نہ ہوگی ۔ اگرچہ طبعی اشخاص میں دموی شکر تقریباً ۰٫۰۷ تک گھٹ جانے سے عموماً علامات پیدا ہو جاتے ہیں، آخر الذکر بعض ایسے مریضوں کو جو عرصہ دراز تک بیش شکر دمویتی رہ چکے ہوں دموی شکر کے نسبتہً بلند تر، مثلاً ۰٫۰۹ فی صدی، ۰٫۱۲ فی صدی، بلکہ ۰٫۱۸ فی صدی سے بھی اوپر کے لیولوں پر محسوس ہو سکتے ہیں، جس کی وجہ غالباً یہ ہے کہ ان کا جسم عرصۂ دراز سے بیش شکر دمویت کے متوافق ہو چکا ہے (89)۔ سخت لاغر مریضوں کی حالت میں بہت احتیاط لازم ہے ۔ اُن کو ابتدائے علاج ہی میں کاربوہائڈریٹ دینا چاہیئے تاکہ قلیل شکر دمویت کے شدید علامات نہ پیدا ہونے پائیں، اور سلِ ریوی کی حالت میں انسولین کی معتاد بتدریج بڑھانی چاہیئے تاکہ دموی شکر بتدریج کم ہو، ورنہ ممکن ہے کہ سرایت شدید طور پر بھڑک اُٹھے۔

ممکن ہے کہ ذیابیطس کی شدید اصابتوں میں انسولین کی ایک معتاد دو یا تین گھنٹوں میں قلیل شکر دمویت کے علامات پیدا کر دے اور پھر قبل اس کے کہ دوسری معتاد ۱۲ گھنٹہ کے عرصہ میں دی جائے دموی شکر بہ سرعت بلند ہو کر شکر بولیت پیدا ہو جائے۔ یہ داعیہ ہے اس امر کا کہ انسولین کا استعمال روزانہ تین بار کرنا چاہیے، یعنے ۷ بجے صبح، ایک بجے دوپہر اور ۷ بجے شام کو، یعنے تین خاص کھانوں سے پہلے۔

شکل ۹۵۔ دموی شکر ایک چالیس سالہ آدمی کی جس کا وزن ۱۳۸ پونڈ تھا۔ منحنی الف اُس وقت لیا گیا جب کہ اس کو تین دن تک ایک ایسی غذا دی جا رہی جس میں ۷۰ گرام پروٹین، سبزیاں اور تخم تھیں۔ منحنی ب، تین دن بالکل ایسی ہی غذا کے بعد الا یہ کہ ۴۰ گرام پروٹین کی بجائے اتنی ہی مقدار کاربوہائڈریٹ کی دی گئی جو کہ ناشتہ اور رات کے کھانے پر ڈبل روٹی اور آلوؤں کی شکل میں تھا۔ حراری قدر ۲۰۰۰ سے ذرا اوپر تھی۔ ا، انسولین جو دی گئی۔ ن ناشتہ۔ د دوپہر کا کھانا۔ ش شام کا کھانا۔ چ چائے۔ ر رات کا کھانا۔ دموی شکر ہیگیڈارن (Hagedorn) اور جینسن (Jensen) کے طریقے سے۔

بعض اوقات انسولین کے اشراب کے بعد فوراً مریضوں کو ڈنک لگنے کی سی

کیفیت کی شکایت ہوجاتی ہے، جو انسولین کے محلول میں ترشہ موجود ہونے کی
وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔ اس کو رفع کرنے کی ترکیب یہ ہے کہ اس کی تعدیل کیلئے
پچکاری کے اندر انسولین کے نصف حجم کے برابر ۱/۱۰۰ طبعی کاسٹک سوڈا
($\frac{1}{100}$N. caustic soda) کھینچ لیا جائے، جس میں ۲۵ء۰ فی صدی ٹرائی کریسال 472
(tricresol) موجود ہو اور انسولین کے ساتھ آمیز کر لیا جائے۔ اس کی ٹھیک
مطلوبہ مقدار مختلف تجارتی چھاپ کی انسولین کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے،
لیکن اتنی کافی استعمال کرنی چاہیئے کہ جس سے پچکاری میں مرتسب انسولین کی وجہ
سے خفیف سا تکدر پیدا ہو جائے۔ انسولین بصورتِ قرص بھی دستیاب ہو سکتی
ہے جیسے اشراب سے فی الفور پہلے آبِ عقیم میں حل کر لیا جاتا ہے۔ شری (دودوڑے
جو مقامِ اشراب پر بارہ گھنٹے بعد پیدا ہو کر دو یا تین دن میں رفع ہو جاتے ہیں) یہ
بالخصوص اُن نجاستوں کے باعث ہو جاتے ہیں جو اُس خاص چھاپ کی انسولین
میں موجود ہیں، لہٰذا اب دوسرے چھاپ کی انسولین آزمانا چاہیئے۔ بیشتر انگریزی
انسولین گائے سے بنائی جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ اس کو بدل کر خنزیری انسولین
دینا مناسب ہو۔ ممکن ہے یہ خود انسولین کی حساس گری کا نتیجہ ہوں، اور چھوٹی
چھوٹی اور بڑھتی ہوئی خوراکیں دے کر حساسیت ربائی کی آزمائش کرنی چاہیئے۔
انسولین کے علاج میں ایک مستقل غذا کا دینا ضروری ہے۔

بعض معیاری غذائی ضابطے

حرارے	کاربوہائڈریٹ اور شحم کی نسبت											
	۱:۱			۱:۲			۱:۴			۱:۶		
	ک س	ش س	پ گرام	ک س	ش س	پ گرام	ک س	ش س	پ گرام	ک س	ش س	پ گرام
۲۰۰	½	۱	۱۶	۱	۱	۶	۱	½	۱۷	۱½	½	۷
۱۴۰۰	۴½	۹	۴۷	۶½	۶½	۶۴	۹	۴½	۵۹	۱۰½	۳½	۵۲
۱۸۰۰	۵½	۱۱	۷۹	۸½	۸½	۷۷	۱۲	۶	۶۲	۱۳½	۴½	۶۷
۲۲۰۰	۵	۱۰	۱۱۳	۱۲½	۱۲½	۱۰۱	۱۵	۷½	۶۶	۱۶½	۵½	۸۱

ک س = ۲۰ گرام کاربوہائڈریٹ ش س = ۱۰ گرام شحم

مریض کی غذائی احتیاج کا سب سے پہلے اندازہ کرنا چاہیئے۔ اگر اس کا وزن طبعی حدود کے اندر تصور کیا جائے تو اساسی حراری احتیاج، صفحہ ۳۰ پر صفحہ 460 میں درج کی ہوئی قانون نگارش سے حاصل کی جاتی ہے۔ اس کے علاوہ اس امر کے لحاظ سے کہ وہ کس قدر ورزش کرتا ہے۔ ۵ فی صدی یا زیادہ تک مزید رعایت دی جاتی ہے۔ ایک قعودی کارکن کے لئے یہ ۱۰ یا ۲۰ فی صدی سے زیادہ نہ ہونی چاہیئے۔ آزمائش کے بعد اس امر کے لحاظ سے کہ مریض کا وزن بڑھتا یا گھٹتا ہے، ترمیمات کرنے کی ضرورت پیش آئے گی۔ اگر مریض فربہ ہے تو اس کے لئے یہی مناسب ہے کہ اس کا وزن گھٹے، اور حراری قدر کا حساب اس تخمین کردہ وزن سے لگایا جاتا ہے جو کہ آئنلے والٹر (Aınley Walter) کی پیمائشو (2) سے طول جذع (stem length) سے حاصل کیا جا سکتا ہے۔ بالکل پست حراری قدریں مثلاً ۶۰۰ یا ۸۰۰ کچھ عرصہ تک کام میں لائی جا سکتی ہیں۔

حدول ۳ جسمانی وزن (پاؤنڈ)

جسم کا طول (انچ)	مرد			عورت		
	اعظم	اوسط	اقل	اعظم	اوسط	اقل
۲۰	۳۱	۲۵	۲۱	۳۱	۲۵	۲۱
۲۲	۴۱	۳۴	۲۷	۴۱	۳۴	۲۷
۲۴	۵۴	۴۴	۳۶	۵۵	۴۵	۳۷
۲۶	۶۸	۵۶	۴۶	۶۹	۵۷	۴۷
۲۸	۸۶	۷۰	۵۷	۸۸	۷۲	۵۹
۳۰	۱۰۵	۸۶	۷۰	۱۰۹	۹۰	۷۴
۳۱	۱۱۷	۹۴	۷۸	۱۲۱	۹۸	۸۲
۳۲	۱۲۸	۱۰۴	۸۵	۱۳۳	۱۰۹	۹۰
۳۳	۱۴۱	۱۱۴	۹۴	۱۴۶	۱۱۹	۹۹
۳۴	۱۵۴	۱۲۵	۱۰۳	۱۶۰	۱۳۱	۱۰۹

جسم کا طول (انچ)	مرد			عورت		
	اعظم	اوسط	اقل	اعظم	اوسط	اقل
۳۵	۱۶۹	۲۳۶	۱۱۲	۱۷۵	۱۴۲	۱۱۸
۳۶	۱۸۳	۱۴۰	۱۲۲	۱۹۰	۱۵۵	۱۲۹
۳۷	۲۰۰	۱۶۱	۱۳۴	۲۰۸	۱۶۹	۱۴۲
۳۸	۲۱۷	۱۷۴	۱۴۴	۲۲۶	۱۸۳	۱۵۳

(نوٹ) اعظم اور اقل اوزان طبعی افراد کی تقریباً ۹۰ فی صدی تعداد میں جو لتب اختلاف ظاہر کرتے ہیں۔ یہ دیکھا جائے گا بڑی جسامت والے اشخاص میں یہ نہایت وسیع ہے (3)۔

473

مریض زمین پر بیٹھکر اپنی پشت کو مضبوطی کے ساتھ دیوار سے لگائے رکھتا ہے اور اُس کے گھٹنے خمیدہ ہوتے ہیں۔ جسم کے طول کو زمین سے سر کی چوٹی تک انچوں میں ناپ کر اُس کا مقابلہ جسم کے وزن کے ساتھ کیا جاتا ہے، جو بغیر کپڑوں کے پاؤنڈوں میں لے لیا جاتا ہے۔ اگر مریض کسی مرض کی وجہ سے حد سے زیادہ موٹا یا حد سے زیادہ دُبلا ہو تو اُس کے طبعی تحول کے حصول کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ صحفہ ۳۷ میں اوسط وزن سے، جو اُس کے جسم کے طول کے متناظر ہو، کام لیا جائے نہ کہ اُس کے اصلی وزن سے۔ جدول ۳ عمومی استعمال کیلئے ہے، جس سے کسی وقت یہ ظاہر ہوسکتا ہے کہ آیا مریض بے حد موٹا یا بے حد دُبلا ہے۔

ذیابیطسی مریض کے علاج میں آج کل اس سے زیادہ کاربوہائڈریٹ دیا جاتا ہے کہ جتنا زمانہ ماضی میں، اور بشرطیکہ غذا کی کل حراری قدر وافر ہو انسولین کی احتیاج اس سے زیادہ نہیں ہوتی کہ جتنی پست کاربوہائڈریٹی غذاؤں میں۔ حقیقت میں بلند کاربوہائڈریٹ اور پست شحم والی غذا، جس میں ۶ : ۱ کی نسبت ہو، ایک فربہ مریض میں دموی شکر کو گھٹا کر طبعی تک لانے میں کامیاب ہوجاتی ہے بغیر اس کے کہ انسولین کی ضرورت پڑے۔ لیکن اگر اس قسم کی غذا کو طویل مدت کے لئے استعمال کرنا پڑے تو پھر حیاتین ا اور د مزید دینی چاہئیں۔ غذائیں تجویز کرنے میں سہولت پیدا کرنے کے لئے، مصنف نے کئی ایک غذائی ضابطے نکالے

ہیں، جن میں سے بعض جدول میں دیئے گئے ہیں - ہر ضابطہ میں ۲۰ گرام کے کاربوہائڈریٹی راتبوں کی، ۱۰ گرام کے شحمی راتبوں کی اور گراموں میں پروٹین کی ایک مقررہ تعداد ہے - اوپر کی سطر کو جو کہ ۲۰۰۰ حراروں کے متناظر ہے، جمع اور تفریق کر کے مزید ضابطے نکالے جا سکتے ہیں۔ ان نسبتوں کے نکالنے میں اس امر کا بالکل لحاظ نہیں کیا گیا کہ پروٹین، کاربوہائڈریٹ یا شحم کا ماخذ ہو سکتی ہے۔ ایسے حسابات حد سے زیادہ فرضی ہوتے ہیں، اور بلند تر کاربوہائڈریٹ والی غذاؤں میں شحم کا گلسرال، کاربوہائڈریٹ کے ماخذ کی حیثیت سے کچھ اہمیت نہیں رکھتا۔ کاربوہائڈریٹ اور شحم میں ۲ : ۱ کی نسبت نہایت عام طور پر مفید پائی جائے گی، لیکن بچوں کے لئے ۴ : ۱ امرجح ہے، اور ایک بلند تر کاربوہائڈریٹ والی غذا صلابت شرائین، ذبحۂ صدریہ، عفونت، اور سل ریوی میں خاص طور پر مفید ہو گی۔ قدیم رواج کی غذا ۱ : ۱ کے متناظر تھی۔ کاربوہائڈریٹ اور شحم کے راتب فہرست الف، ب اور ج سے حاصل کئے جاتے ہیں، جو ہر غذائی شے کی وہ مقدار بتاتی ہیں جو کہ پورے یا آدھے کاربوہائڈریٹی یا شحمی راتب کے متناظر ہے، اور فہرست د میں ایسی غذائیں درج ہیں جن میں کاربوہائڈریٹ، شحم اور پروٹین موجود ہے، اور گھر میں معمولی استعمال کے لئے چند مرکب اغذیہ درج ہیں۔ ذیابیطسی مریض ہر وہ غذا کھا سکتا ہی جو کہ معمولی موضوع عادتاً کھاتا ہے، بشرطیکہ اس کے اجزا معلوم ہوں، اور غذاؤں کی اس اسکیم کے ذریعہ مریض خاندان کے معمولی کھانوں میں شریک ہو سکتا ہے۔ اس سے کہیں زیادہ تفصیلی فہرست جس میں ۲۰۰ مرکب اغذیہ درج ہیں، کسی دوسری جگہ شائع کی جا رہی ہے (54)۔ شکر والے کھانے (dishes) عام طور پر انسولین کے ذرا ہی بعد لینا چاہئیں یعنی ناشتہ اور رات کے کھانے پر۔ لیکن بہت سے طبیب اس کو بالکل منع کر دیتے ہیں۔ سبزیوں کے لئے رعایت دی جاتی ہے، لیکن آلوؤں، سیم کی پھلیوں (butter beans) اور مٹروں کے سوا ان کو تولنے کی ضرورت نہیں۔ صاف یخنی آزادانہ طور پر لے سکتے ہیں۔ الکحل دینے میں وہ مقصد نہیں ہو سکتا جو کہ زمانہ ماضی میں ہوتا تھا اور بہتر یہ ہے کہ اس سے اجتناب کیا جائے۔ بئیر ول (beers) میں ۴ تا ۸ فی صدی کاربوہائڈریٹ موجود ہوتا ہے۔ میٹھا کرنے کے لئے

سیکرین (saccharine) استعمال کر سکتے ہیں۔ یہ غذائی جدولیں بیشتر کاربوہائڈریٹ اور شحم سے اعتنا کرتی ہیں۔ پروٹین کو کم و بیش کرنا زیادہ اہمیت نہیں رکھتا کیونکہ اس کی حراری قدر اس سے کم ہوتی ہے کہ جتنی شحم کی۔ یہ زیادہ سہولت دہ ہوگا کہ غذا کو گراموں میں تولا جائے، اور ان کسروں (fractions) کے جھگڑے میں نہ پڑا جائے جو کہ انہیں استعمال کرنے میں پیدا ہوتی ہیں۔ جدولوں میں دونوں ناپ دیئے گئے ہیں۔ ان کاربوہائڈریٹس کو زیادہ تر ناشتہ اور رات کے کھانے کے ساتھ انسولین سے تھوڑی دیر بعد دینا چاہیئے، لیکن خفیف اصابتوں میں ان کی کچھ مقدار دوپہر کے کھانے کے وقت، بلکہ شام کی چائے کے ساتھ بھی دی جا سکتی ہے۔ کاربوہائڈریٹ کی بڑی مقداروں کے ساتھ اکثر یہ مناسب ہے کہ انسولین کھانے سے پون گھنٹہ بلکہ ایک گھنٹہ یا اس سے بھی زیادہ پہلے دی جائے تا کہ وہ اپنا اعظم اثر کھانے سے ایک تا دو گھنٹے بعد اس وقت ظاہر کرے جب کہ دموی شکر بھی اپنے درجۂ اعظم پر ہوتی ہے۔ لیکن اگر انسولین کو بہت پہلے دیا جائے گا تو ردِ عمل کھانے سے پہلے یا کھانے کے دوران میں واقع ہو جائے گا۔

انسولین کے علاج کیلئے مریض کا انتخاب۔ کلوی شکر بولیت کے لئے انسولین نہیں استعمال کرنا چاہیئے۔ دورانِ حمل کی شکر بولیت اکثر اوقات اسی نوعیت کی ہوتی ہے۔ لیکن جہاں حمل کے ساتھ حقیقی ذیابیطس بطور ایک پیچیدگی کے موجود ہو، اس عورت کو اس امر کے انتخاب کا اختیار دینا چاہیئے کہ حمل کو ختم کر دیا جائے یا نہیں، اور اگر حمل ختم نہ کیا جائے تو انسولین کا علاج شروع کر دینا چاہیئے۔ شکر بولیت اور بیش شکر دمویت کے تقریباً تمام مریضوں میں علامات کو رفع کر دینے میں جو کامیابی انسولین سے حاصل ہوتی ہے، اس سے ظاہر ہوتا ہے کہ ایسی تمام اصابتوں میں اوّلی نقص لبلبہ میں ہوتا ہے، لہذا اقرین عقل یہی ہے کہ اس قلت کی تعویض کے لئے انسولین استعمال کی جائے، اور جب پیچیدگیاں جیسے کہ گنگرین، نزول المائرسل ریوی، ذبحۂ صدر یہ وغیرہ، موجود ہوں تو یقیناً یہی کرنا چاہیئے۔ نہایت خفیف معمّر مریضوں کی حالت میں لث اور شِ میں ۱:۱ کی نسبت رکھنے والی غذا جس کے حرارے ذرا پست ہوں دموی شکر کو گھٹا کر

474

فہرست الف۔ ۲۰ گرام کاربوہائڈریٹ کے راتب (ک ر)

مندرجہ ذیل میں ۲۰ گرام کاربوہائڈریٹ موجود ہیں	گرام	یا	اونس	ان مقدار دیں میں پروٹین بھی موجود ہے گرام
موتیا جو (pearl barley)	۲۶		$\frac{7}{8}$	۲
سیم کی پھلی کی ایک قسم (butter beans) اس وقت جبکہ وہ دسترخوان پر چنی جائے۔	۱۳۹		۵	۸
پن بسکٹ (H&P) (water biscuit)	۲۴		$\frac{7}{8}$	۲
پتلے کیپٹن بسکٹ (captain biscuit)	۲۵		$\frac{7}{8}$	۳
روٹی چھنے ہوئے آٹے کی	۳۸		$1\frac{3}{8}$	۳٫۵
بے چھنے ہوئے آٹے کی (Hovis)	۴۹		$1\frac{3}{4}$	۵
خشک کردہ کشمش	۳۴		$1\frac{1}{4}$	۰
آٹا	۲۷		۱	۳
فورس (force)	۲۹		$\frac{7}{8}$	۳
+ گولڈن سرپ لائل کا (Lyle's golden syrup)	۲۸		۱	۰
+ شہد	۲۵		$\frac{7}{8}$	۰
کرونی (Macaroni)	۲۷		۱	۳٫۵
+ مارملیڈ، کوپر (Cooper) کا، آکسفورڈ کا	۳۵		$1\frac{1}{4}$	۰
جئی کا آٹا (oat meal)	۳۰		۱	۵
مٹر، تازہ اُبلے ہوئے	۱۷۳		۶	۱۱٫۵
آلو، نئے اُبلے ہوئے	۱۴۲		۵	۲
″ پرانے ″ ″	۱۱۵		۴	۲
چاول تولے ہوئے (اور پھر دھوئے ہوئے)	۲۸		۱	۲
ساگودانہ	۲۶		$\frac{7}{8}$	۲٫۵

مندرجہ ذیل میں ۲۰ گرام کاربوہائیڈریٹ موجود ہیں	گرام	یا	اونس	ان مقداروں میں پروٹین بھی ہوگی گرام
+ شکر	۲۱		۳/۴	۰
کساوا کی سوجی (tapioca)	۲۳		۳/۴	۰

فہرست ب۔ نصف کاربوہائیڈریٹی راتب (۱/۲ ک س)

پھل، جو تازہ اور پختہ ہوں، الا اس صورت میں کہ اسکے خلاف بیان کیا جائے اور خوردنی حصہ کو تولا جاتا ہے۔

پھل

مندرجہ ذیل میں ۱۰ گرام کاربوہائیڈریٹ موجود ہیں	گرام	اونس
سیب	۹۲	۳ ۱/۴
خوبانی (apricot)، چھلکے سمیت، لیکن گٹھلیوں کے بغیر	۱۶۲	۵ ۳/۴
کیلا	۵۶	۲
بلیک بیری (blackberries)	۱۷۴	۶ ۱/۸
شاہ دانہ (cherries)	۹۳	۳ ۱/۴
کشمش، سیاہ	۱۹۷	۵ ۷/۸
کشمش، سرخ	۲۵۵	۹
آلو بخارا (damsons)	۱۱۵	۴
گوس بیری (gooseberries)	۱۲۰	۴ ۱/۴
انگور	۷۲	۲ ۱/۲
گرین گیج (greengages)	۹۳	۳ ۱/۴
ییلو میلن (yellow melon)	۲۱۸	۷ ۳/۴
نارنگی	۱۲۷	۴ ۱/۲
آڑو	۱۱۸	۴ ۱/۸
ناشپاتی	۱۰۴	۳ ۵/۸
انناس، ٹین بند	۳۱	۱
پلم (Victoria) (plum)	۱۱۳	۴

	گرام	اونس
مندرجہ ذیل میں ۱۰ گرام کاربوہائیڈریٹ موجود ہیں		
پرون (prunes) جو معہ گٹھلیوں کے دھیمی آنچ پر پکائے ہوئے ہوں	۸۲	۳
رس بھری (raspberries)	۱۹۶	۶ ⅞
اسٹابری (strawberries)	۱۷۷	۶ ¼

ان میں پروٹین ناقابل التفات ہے

سبزیاں

گروہ ۱

مندرجہ ذیل کی معمولی مقدار :—

چقندر — پیپار — سویڈی شلجم (swedes)

گاجر — پارسنپ (parsnip) — نصف چھوٹا گریپ فروٹ (grapefruit)

گروہ ۲

مندرجہ ذیل کی اتنی مقدار کہ جتنی خواہش ہو :—

یورشلم آرٹی چوک (Jerusalem artichokes) — کرفس (celery) — مولی

کھیرا — ریوند چینی

اسپیراگس (asparagus) — فرانسیسی پھلیاں (French beans) — بحری گوبھی (sea kale)

برسلز سپروٹز (Brussel's sprouts) — اسفاناج (spinach)

کاہو (lettuce) — ٹماٹر

کرم کلہ (cabbage) — گھیا کدو (marrow) — سلاد آبی (watercress)

پھول گوبھی (cauliflower) — مسٹرڈ اینڈ کریس (mustard & cress)

فہرست ج۔ نصف شحمی راتب (½ ش ر)

مندرجہ ذیل میں ۵ گرام شحم موجود ہے	گرام	اونس	گرام
مکھن	۶	¼	۰
پنیر شیڈر (cheddar)	۱۵	½	۳٫۵

ان مقداروں میں اتنی پروٹین بھی موجود ہے

475

مندرجہ ذیل میں ۵ گرام شحم موجود ہے	گرام	اونس	ان مقداروں میں اتنی پروٹین بھی ہے گرام
پنیر، ہالنڈی (Dutch)	۱۴	½	۵
انڈا، ایک عدد	۵۶	۲	۶

مچھلی وغیرہ

خوردنی حصہ پکایا جاتا ہے

مندرجہ ذیل میں ۵ گرام شحم موجود ہے	گرام	اونس	ان مقداروں میں اتنی پروٹین موجود ہے گرام
بلوٹرز (bloaters)، کباب کی ہوئی	۲۹	۱	۶
ایل (eel)، دھیمی آنچ پر پکی ہوئی	۲۸	۱	۳
ہرنگ (herring)، تلی ہوئی	۲۶	۱	۶
کپرز (kippers)، تنور میں بھنی ہوئی	۴۴	۱½	۱۰
میکرل (mackerel)، تلی ہوئی	۴۴	۱½	۹
سارڈینز (sardines)	۲۲	¾	۴٫۵
سپراٹز (sprats)، دھوئیں میں سکھائی ہوئی اور کباب کی ہوئی۔	۲۱	¾	۵٫۵
سفید مچھلی (white fish)، بھاپ سے پکائی ہوئی۔	۷۰	۲½	۱۵
کیکڑا (crab)، بلا سیپی کے	۷۰	۲½	۱۵
جھینگا مچھلی، بلا سیپی کے+	۷۰	۲½	۱۵
چھوٹی جھینگا مچھلی، بلا سیپی کے+	۷۰	۲½	۱۵

+ اس میں ۴ گرام مکھن ملاؤ

گوشت

	گرام	اونس	گرام
سور کا نمک لگایا ہوا اور سکھایا ہوا گوشت، گردن کا پٹھہ اور ران کا۔	۱۵	½	۴
سور کی بے چربی کی ران، نمک لگائی ہوئی اور دھوئیں میں پکائی ہوئی۔	۳۷	۱¼	۸٫۵

مندرجہ ذیل میں اتنے گرام شحم موجود ہے	گرام	اونس	ان مقداروں میں اتنی پروٹین موجود ہے گرام
گائے کی پیٹھ کا گوشت، بے چربی کا	۴۰	۱½	۱۱
گوشت کا قتلہ دھیمی آنچ پر پکا ہوا (اس میں چربی نہیں ہے)	۵۸	۲	۱۸
بچھڑے کی پنڈلی کا گوشت، بے چربی کا، لپٹا ہوا بریاں کیا ہوا۔	۴۳	۱½	۱۲٫۵
دیگر گوشت، بے چربی کا	۳۰	۱	۸

اعضا

	گرام	اونس	گرام
قلب، بریاں کیا ہوا	۳۴	۱¼	۸٫۵
گردہ، تلا ہوا	۵۵	۲	۱۵٫۵
جگر	۳۲	۱	۱۰
لبلبہ، دھیمی آنچ پر پکایا ہوا	۵۵	۲	۱۲٫۵
زبان، دھیمی آنچ پر پکائی ہوئی	۲۱	¾	۴
اوجھڑی، دھیمی آنچ پر پکائی ہوئی	۸۳	۳	۱۵

مرغیاں بطخ وغیرہ

	گرام	اونس	گرام
چوزہ، بریاں کیا ہوا	۶۸	۲¼	۲۰
بطخ، دھیمی آنچ پر پکائی ہوئی	۲۱	¾	۵
ہنس	۲۲	¾	۶٫
پارٹرج (partridge)	۴۲	۱½	۱۸
فیزنٹ (pheasant)	۵۴	۲	۱۶
ارنب (rabbit)، دھیمی آنچ پر پکایا ہوا	۳۳	۲¼	۱۶
پیرو (turkey)، بریاں کیا ہوا	۳۳	۲¼	۱۹٫۵

فہرست د۔ وہ غذا جس میں کاربوہائڈریٹ، شحم اور پروٹین موجود ہیں

مندرجہ ذیل غذاؤں میں	گرام	اونس	ک ہ	ش ح	پ گرام موجود ہیں
وہ دودھ مکعب سینٹی میٹروں میں ناپا ہوا	۲۰۰	۷	½	½	۷

مندرجہ ذیل غذاؤں میں	گرام	اونس	ک م	ش م	پ گرام موجود ہیں
	۳۷۰	۱۳	۱	۱½	۱۳
	۵۷۰	۲۰	۱½	۲	۲۰
بسکٹ					
باتھ آلیور (bath oliver) (۳¼ برگ)	۴۶	۱½	۱½	½	۴٫۵
بریکفاسٹ (breakfast) (")					
-(H & P)	۵۴	۲	۲	½	۵٫۵
کریم کریکر (cream cracker)					
(") -(H & P)	۵۷	۲	۲	۱	۴٫۵
پیٹی بیور (Petit Beurre) (۴½)					
P.F	۴۴	۱½	۱½	½	۴٫۵
شارٹ بریڈ (shortbread)					
(Grenock) ۲½ (P F)	۳۴	۱¼	۱	۱	۲٫۵
+ چاکولیٹ (chocolate) بورن ول					
(Bournville)	۵۶	۲	½	۱½	۱۰
+ چاکولیٹ بریکفاسٹ (chocolate					
(cadbury) breakfast)	۲۶	۱	۱	-	۱۵
سپاریاں (nuts)					
برازیل (brazil)	۱۵	½	۰	۱	۲٫۵
چوز (chestnut)	۷۵	۲½	۱	½	۴٫۵
فلبرٹز (filberts) (۱۵ گرام ڈبل					
روٹی ملاؤ)	۱۵	½	½	۱	۴
اخروٹ	۱۶	½	-	۱	۳
مختلف نسخے					
+ ۱۔ فروٹ کیک (fruit cake)	۳۹	۱⅓	۱	½	۲

مندرجہ ذیل غذاؤں میں	گرام	اونس	لٹ س	تن س	گرام پ موجود ہیں
+ ۲- اسفنج کیک (sponge cake)	۳۷	۱ ۱/۳	۱	۱/۲	۲
۳- پنیر کی لوریں (cheese straws) صفحہ میں دی ہوئی مقدار کا ایک چوتھائی حصہ۔	۵۳	۱ ۴/۵	۱	۱	۸٫۵
۴- پنیر کے ساتھ پکی ہوئی مکرونی (macaroni cheese)- نصف پڈنگ۔	۲۰۰	۷	۱ ۱/۲	۱ ۱/۲	۱۶٫۵
۵- آلوؤں کا بھرتا - نصف مقدار	۱۲۰	۴ ۱/۵	۱	۱/۲	۲٫۵
۶- (ا) پھینٹ کر بنائی ہوئی پڈنگ، بھاپ سے پکائی ہوئی۔ نصف پڈنگ	۱۵۰	۵ ۱/۳	۱ ۱/۲	۱	۱۱
(ب) پھینٹ کر بنائی ہوئی پڈنگ، تنور میں بھنی ہوئی۔ نصف پڈنگ	۱۳۰	۴ ۱/۲	۱ ۱/۲	۱	۱۱
۷- ڈبل روٹی اور مکھن کی پڈنگ۔ نصف پڈنگ	۱۷۰	۶ ۱/۴	۱ ۱/۲	۱	۱۰٫۵
۸- خوش مزہ پڈنگ۔ نصف پڈنگ	۲۱۰	۷	۱	۱ ۱/۲	۱۱
۹- (ا) سوئٹ (suet) کی پڈنگ بھاپ سے پکائی ہوئی۔ نصف پڈنگ	۵۹	۲	۱	۱/۲	۴
(ب) سوئٹ کی پڈنگ، تنور میں بھنی ہوئی۔ نصف پڈنگ	۴۷	۱ ۲/۳	۱	۱	۴
۱۰- یارک شائر (Yorkshire) کی پڈنگ۔	۱۱۳	۴	۱ ۱/۲	۱	۱۱
۱۱- ڈبل روٹی کی بھرتی - نصف مقدار	۲۸	۱	۱/۲	۱/۲	۲

+ وہ غذائیں جن پر یہ نشان ہے ۱۰- ۱۱ گرام سے زیادہ حل پذیر کاربو ہائیڈریٹ پر مشتمل ہوتی ہیں اور صرف طبیب ہی ان کی اجازت دے سکتا ہے۔

نسخے

(۱) فروٹ کیک۔ ½ پونڈ آٹا۔ ½ پونڈ سمرنا کی کشمش۔ ¼ پونڈ شکر۔ ¼ پونڈ مکھن۔ ۲، ۱ انڈے۔ ½ ۲ اونس دودھ۔ ۱۰ گرام رائل بیکنگ پوڈر (royal baking powder) (ٹی سپون فل)۔ تنور میں ایک گھنٹہ۔

(۲) اسفنج کیک۔ ۶ اونس آٹا۔ ½ پونڈ شکر۔ ۲ اونس مکھن۔ ½ ۲ اونس دودھ۔ ۲ انڈے ۵ گرام بیکنگ پوڈر (ہموار ٹی سپون فل)۔ تنور میں ۲۵ منٹ۔

(۳) پنیر کی لوزیں (cheese straws)۔ ۷۰ گرام (½ ۲ اونس) پنیر [پرما (parma) کا] ۱۱۳ گرام (۴ اونس) آٹا، ۶۲ گرام (½ ۲ اونس) مکھن، ایک انڈے کی زردی، ½ اونس پانی، نمک، تتیا مرچ۔ آٹا چھان لو، مکھن ملا کر ملو، گھس کر چھلا ہوا پنیر اور مسالے ملاؤ، اور خفیف طور پر پھینٹی ہوئی انڈے کی زردی اور پانی کے ذریعہ چپکاؤ کہ جس سے ایک سخت پیڑا بن جائے، اس کو ہلکے سے گوندھو، بیلن کے ذریعہ اسکو پتلا پھیلا لو اور کاٹو۔ تنور میں مدت ۱۵ منٹ۔

(۴) پنیر کے ساتھ پکی ہوئی مکرونی (macaroni cheese)۔ ۵۷ گرام (۲ اونس) مکرونی [یا ۲۸ گرام (۱ اونس) سپگیٹی (spaghetti)]، چٹنی ۱۱ کے اجزا، ۶۲ گرام (½ ۲ اونس) تیز پنیر مکرونی کو پانی میں ایک گھنٹہ تک بھگوئے رکھو پھر نمک ملا کر جوش دو یہاں تک کہ یہ نرم ہو جائے، پھر چھان لو۔ تیز چٹنی تیار کر کے اس میں مکرونی اور بیشتر حصہ پنیر کا ملا دو، رائی اور نمک کے ذریعہ خوب مسالہ دار بناؤ، پھر پڈنگ کے کٹورے میں منتقل کرو، بقیہ پنیر کو پڈنگ کے اوپر چھڑک دو، اور تنور میں بھورا کرو۔ مدت ۴۵ منٹ۔

(۵) آلوؤں کا بھرتا۔ ۲۰۰ (۷ گرام) چھلے ہوئے پرانے آلوؤں کو جوش دو یہاں تک کہ وہ نرم ہو جائیں، پانی کو پھینک کر خفیف سی بھاپ دو تاکہ وہ پورے پک جائیں۔ اس طرح پکانے پر وزن میں کوئی تبدیلی نہیں ہوتی۔ ایک اونس دودھ، ۱۲ گرام (⅖ اونس) مکھن کے ہمراہ بھرتا بناؤ اور سیاہ مرچ ملاؤ۔

(۶) بھینٹ کر بنائی ہوئی پڈنگ۔ (ا) ۷۰ گرام (½ ۲ اونس) آٹا، ایک انڈا، ۲ اونس دودھ، ۱۴ گرام (½ اونس) مکھن تلنے کے لئے۔ آمیز کرو، پھینٹو اور ڈھانک کر رکھا رہنے دو، گاہے گاہے پھینٹو۔ پھر بھاپ دینے والے ظرف کو گرم کرو،

جب کہ مکھن اچھی طرح پگھلا ہوا ہو۔ مدت ایک گھنٹہ۔ (ب) اس کو ۴۰ منٹ تنور میں بھونا جا سکتا ہے۔

(۷) ڈبل روٹی اور مکھن کی پڈنگ۔ ۵۰ گرام (۲ اونس) چھنے ہوئے آٹے کی روٹی، ۶ گرام (½ اونس) مکھن، ایک انڈا، ۱۰ اونس دودھ، ۱۲ گرام (¾ اونس) سمرنا کی کشمش۔ مدت دو گھنٹہ۔

(۸) خوش ذائقہ پڈنگ۔ ۵۰ گرام (۲ اونس) چھنے ہوئے آٹے کی روٹی کے ٹکڑے، ۱۲ گرام (½ اونس) مکھن، ۲ انڈے، ۷ اونس دودھ، معتدل جسامت کا ایک پیاز۔ مخلوط بوٹیاں یا کٹی ہوئی پارسلے (parsley)، سیاہ مرچ اور نمک۔ پیاز کے ٹکڑے کر کے نمکین پانی میں جوش دو یہاں تک کہ وہ نرم ہو جائے، انڈوں کو پھینٹو، اجزا کو آمیز کرو اور بوٹیوں، سیاہ مرچ اور نمک کے ذریعہ خوب مسالہ دار بناؤ، کٹورے میں مکھن لگاؤ اور ۴۰ ۔ ۵۰ منٹ تک تنور میں بھونو۔

(۹) سویٹ کی پڈنگ۔ ۹۴ گرام (¾۳ اونس) آٹا۔ ۲۲ گرام (⅘ اونس) ٹکڑے کی ہوئی سویٹ (Atora)، ½۱ اونس دودھ، ۴ گرام رائل بیکنگ پوڈر، نمک۔ آٹے، بیکنگ پوڈر اور نمک کو چھان لو۔ سویٹ ملاؤ، پھر دودھ ڈال کر اس کو چھری کے ذریعہ خوب آمیز کرو۔ آمیزہ کو ۶ میں بیل پر ایک "ٹوپی" کی صورت میں لگانے کے لئے چاقو استعمال کرو۔ (ا) اس کو چربی بند کاغذ کے ذریعہ ڈھانک دیا جاتا ہے اور ۰ منٹ تک بھاپ پر پکایا جاتا ہے یا (ب) تنور میں ۳۰ منٹ تک بھونا جاتا ہے۔ (ج) اگر ایک سلور سائڈ سٹو (silverside stew) میں ڈمپلنگز (dumplings) کی ضرورت ہو، تو ۷۰ گرام (½۲ اونس) آٹا آمیزہ میں، اور ۱۰ گرام (½ اونس) آٹا ڈمپلنگز کو ڈھانکنے کے لئے استعمال کرو۔

(۱۰) یارک شائر (Yorkshire) کی پڈنگ۔ وہی آمیزہ جو کہ ۱۵ میں ہے، لیکن ڈش (dish) کو بھوننے کے لئے مکھن کی بجائے چربی (dripping) استعمال کرو۔ تنور میں ۲۵ منٹ۔

(۱۱) سفید چٹنی کا گھمان (pouring)۔ ۱۴ گرام (½ اونس) آٹا، ۴ گرام (⅛ اونس) مکھن، ½۶ اونس دودھ، نمک اور سیاہ مرچ۔ مکھن کو پگھلاؤ اور آٹے کیساتھ

آمیز کرو، دودھ کو آہستہ آہستہ ملاؤ، شروع سے آخر تک ہلاتے جاؤ، اور ہر اضافہ کے بعد جوش دو۔ ۵ منٹ تک جوش دو۔ مسالے ملاؤ۔

(۱۲) ڈبل روٹی کی بھرتی یا قیمہ کی بھرتی (force-meat) - ۲۹ گرام (ایک اونس) چھنے ہوئے آٹے کی روٹی کے ٹکڑے، ۱۲ گرام (½ اونس) مکھن، مارگرین (margarine) یا چربی (dripping)، ¼ اونس دودھ، مخلوط بوٹیاں، سیاہ مرچ اور نمک مکھن کو روٹی کے ٹکڑوں میں ملا کر ملو، مسالہ ملاؤ، آمیز کرو، اور دودھ سے تر کرو۔ گائے کے گوشت یا بھیڑ کے گوشت کے پارچوں کے لئے جو سبزیوں میں لپیٹ کر دم پخت کئے جاتے ہیں، یا جگر کیلئے استعمال کرو۔ اس سے زیادہ مقدار میں پرندوں، شکار کے جانوروں، گیلنٹینز (galantines) یا مچھلی میں بھرنے کے لئے یا گولوں کی صورت میں بنا کر بائلنگ سٹاک (boiling stock) میں ۱۰ منٹ تک دم پخت کرنے کے لئے۔ پکانے میں ۶ گرام (¼ اونس) آٹا استعمال کرنا چاہئے۔

۱۴۰۰ حرارے۔ نسبت لٰ اور ش کی = ۲:۱

(۶½ لٰ ر، ۶½ تن ر، ۶۴ گرام پ) ۱۳۰ گرام لٰ ۶۵ گرام ش ۶۴ گرام پ

		گرام	اونس	لٰ ر	تن ر	گرام پ
دن بھر	دودھ ۱۰ اونس (½ پائنٹ)	–	–	½	½	۷
	(۱ لٰ ر، ½ ش ر) سبزیاں (فہرست ب)، نصف چھوٹے					
	گریپ فروٹ سمیت۔	–	–	½	–	–
ناشتہ	چھنے ہوئے آٹے کی روٹی	۷۶	۲⅝	۲	–	۷
	(۲ لٰ ر، ½ ش ر) سور کا نمک لگایا ہوا اور سکھایا ہوا گوشت گردن کا یا پیٹھ اور ران کا، تلا ہوا					
	(فہرست ج، دو حصے)	۳۰	۱	–	۱	۸

477

	گرام	اونس	ك ر	ش ر	گرام پ
مکھن (فہرست ج ۱ حصہ)	۶	۱/۴	-	۱/۲	-
ٹماٹر (فہرست ب)					
شام کا کھانا					
(الف ر ۲ ش ر) سور کی ران نمک لگائی ہوئی اور دھوئیں میں بریاں کی ہوئی (فہرست ج ۲ حصے)	۸۰	۳	-	۱	-
اُبلے ہوئے آلو پرانے (فہرست د ۱ حصہ)	۱۱۵	۴	۱	-	۲
مکھن (فہرست ج ۲ حصے)	۱۲	۳/۸	-	۱	-
سبزیاں (فہرست ا)					
نصف چھوٹا گریپ فروٹ					
چائے سلاد (فہرست ب)					
(۱/۲ ك ر ۱ ش ر) ڈبل روٹی (فہرست د ۱/۲ حصہ)	۱۹	۵/۸	۱/۲	-	۱.۵
انڈا (۱) یا سارڈین مچھلیاں (فہرست ج ۱ حصہ)	۲۲	۳/۴	-	۱/۲	۴.۵
مکھن (فہرست ج ۱ حصہ)	۶	۱/۴	-	۱/۲	-
رات کا کھانا شنڈر پنیر (فہرست ج ۲ حصے)	۳۰	۱	-	۱	۹
(۲ ك ر ۱/۲ ۱ ش ر) مکھن (فہرست ج ۱ حصہ)	۶	۱/۴	-	۱/۲	-
ڈبل روٹی	۵۷	۲	۱ ۱/۲	-	۵
پھل (فہرست ب ۱ حصہ)			۱/۲	-	-
			۶ ۱/۲	۶ ۱/۲	۴۴

۱۸۰۰ حرارے   نسبت ك اور ش کی = ۲:۱

(۸ ۱/۲ ك ر ۸ ۱/۲ ش ر ۷۷ گرام پ)   ۱۷۵ گرام ك   ۸۵ گرام ش   ۷۷ گرام پ

		گرام	اونس	ک ر	ش ر	گرام پ
دن بھر	دودھ، ۷ اونس (½ پائنٹ)	–	–	½	½	۷
	سبزیاں (فہرست ا) نصف					
	چھوٹے گریپ فروٹ سمیت	–	–	½	–	–
ناشتہ	ڈبل روٹی	۱۱۴	۴	۳	–	۱۰٫۵
(۳ ک ر، ½۲ ش ر)	سور کا نمک لگایا ہوا او کھایا					
	گوشت، گردن کا یا پٹھ اور ران					
	کا، تلا ہوا (فہرست ج ۲ حصے)	۳۰	۱	–	۱	۸
	ٹماٹر (فہرست ب)					
	انڈا (۱) (فہرست ج ۱ حصے)	–	–	–	½	۶
	مکھن (فہرست ج، ۱ حصے)	۱۲	⅜	–	۱	–
شام کا کھانا	بے چربی کا گوشت (فہرست					
(۱ ک ر، ۲ ش ر)	ج، ۲ حصے)	۶۰	۲⅛	–	۱	۱۴
	ابلے ہوئے آلو، پرانے (فہرست					
	و، ۱ حصہ)	۱۱۵	۴	۱	–	۲
	مکھن	۱۲	⅜	–	۱	–
	سبزیاں (فہرست ا)					
	نصف چھوٹا گریپ فروٹ					
چائے	سلاد (فہرست ا)					
(½ ک ر، ۱ ش ر)	ڈبل روٹی (فہرست و،					
	½ حصہ)	۱۹	⅝	½	–	۱٫۵
	مکھن	۶	¼	–	½	–
	سارڈین مچھلیاں (فہرست ج،					
	۱ حصہ)	۲۲	¾	–	½	۳٫۵
رات کا کھانا	شدڈر پنیر (فہرست ج، ۳ حصے)	۴۵	۱⅝	–	۱½	۱۳٫۵

	گرام	اونس	لٹ ر	ش ر	گرام پ
مکھن	۱۲	۳/۸	-	۱	-
ڈبل روٹی	۹۵	۳½	۲½	-	۸٫۵
پھل (فہرست ب، ۱حصہ)	-	-	½	-	-
			۸½	۸½	۷۷٫۵

۲۲۰۰ حرارے ۔ نسبت لٹ اور ش کی ۱:۱

(۱۰½ لٹ ر، ۱۰½ ش ر، ۷۸ گرام پ) ۲۱۰ گرام لٹ، ۱۰۵ گرام ش اور ۷۸ گرام پ)

		گرام	اونس	لٹ ر	ش ر	گرام پ
دن بھر	دودھ، ۷ اونس (⅓ پائنٹ)	-	-	½	½	۷
(۱ لٹ ر، ½ ش ر)	سبزیاں (فہرست ب) نصف چھوٹے گریپ فروٹ سمیت	-	-	½	-	-
ناشتہ	ڈبل روٹی	۱۱۴	۴	۴	-	۱۴
(۳½ لٹ ر، ۴ ش ر)	سور کا نمک لگایا ہوا اور سکھایا		۱			
	ہوا گوشت، گردن یا پٹھ اور ران کا تلا ہوا (فہرست ج ۲ حصے)	۳۰	۱	-	۱	۸
	ٹماٹر (فہرست ب)	-	-	-	۱	-
	انڈے (۲) (فہرست ج، ۲ حصے)	-	-	-	۱	۱۲
	مکھن (فہرست ج، ۲ حصے)	۱۲	۳/۸	-	۱	-
	پھل (فہرست ب، ۱ حصہ)	-	-	½	-	-
شام کا کھانا (½ لٹ ر، ۳ ش ر)	ابلی مچھلی، دھیمی آنچ پر پکی ہوئی (فہرست ج، ۳ حصے)	۸۴	۳	-	۱½	۹
	اُبلے ہوئے آلو (فہرست و، ۱ حصہ)۔	۱۱۵	۴	۱	-	۲

478

		گرام	اونس	ك ر	ش ر	گرام پے
	ڈبل روٹی (فہرست ؤ ½ حصہ)	۱۹	۵/۸	½	–	۱٫۵
	مکھن (فہرست ج ۳ حصے)	۱۸	۵/۸	–	۱½	–
چائے	سلاد (فہرست ب)					
(۱ ك ر ۱ ش ر)	ڈبل روٹی (فہرست ؤ ۱ حصہ)	۳۸	۱ ۳/۸	۱	–	۳٫۵
	سارڈینز (فہرست ج ۱ حصہ)	۲۲	۳/۴	–	½	۴٫۵
	مکھن (فہرست ج ۱ حصہ)	۶	۱/۴	–	½	–
رات کا کھانا	شنڈر پنیر (فہرست ج ۲ حصے)	۴۵	۱ ۵/۸	–	۱½	۱۳٫۵
(۳½ ك ر ۳ ش ر)	ڈبل روٹی (فہرست ؤ ۳ حصے)	۱۱۴	۴	۳	–	۱۴
	مکھن (فہرست ج ۳ حصے)	۱۸	۵/۸	–	۱½	–
	پھل (فہرست ب ۱ حصہ)	–	–	½	–	–
				۱۰½	۱۰½	۸۹٫۰

طبعی درجہ پر لانے کے لئے اکثر خود ہی کافی ہوں گی، لیکن کیتونیت سے بچنا چاہیئے ۔ یہی احتیاطیں ہیں کہ جن میں بلند کاربوہائڈریٹ اور پست شحم والی غذا بھی کامیابی کے ساتھ استعمال کی جاسکتی ہے بغیر اس کے کہ انسولین دیجائے ۔ تاہم نوعمر مریضوں میں، خواہ انکی حالت کیسی ہی خفیف درجہ کی ہو، انسولین کا علاج فی الفور شروع کردینا چاہیئے، تاکہ مرض خراب تر نہ ہونے پائے، اور ساتھ ہی جزائر کو آرام کا موقع ملنے سے کسیقدر شفابخش اثر بھی پیدا ہوسکے ۔ عمومی معدمِ حس دوا کے استعمال سے نصف گھنٹہ قبل ڈیکسٹروس (۲ اونس کے قریب) دے دینی چاہیئے، اور اس سے نصف گھنٹہ قبل انسولین کی ۲۰ اکائیاں ۔

علاج ما بعد (after-treatment)- مریضوں کو یہ سکھلا دینا چاہیئے کہ وہ خود کو انسولین کی پچکاری کس طرح لگائیں، اور انہیں شکر کے لئے امتحان بول کا طریقہ بھی جاننا چاہیئے ۔ معمر مریضوں میں انسولین کا استعمال کسی وقت بھی موقوف کیا جاسکتا ہے، اور اِس سے کوئی نقصان نہ ہوگا ۔ نیز ممکن ہے کہ اُس کا استعمال جاری

رکھنا غیر ضروری ہو جائے ۔ نوعمروں میں اِنسولین کی مقدار اعظم ہونی چاہیے کہ جس کا مریض متحمل ہو سکے بغیر اس کے کہ علامات پیدا ہوں ۔ طبعی ہائپر گلوکی کے ساتھ پیشاب ہمیشہ خالی از شکر اور کیٹونیت کے لئے راتھیرا کا امتحان ہمیشہ منفی ہونا چاہیئے ۔ اکثر راتھیرا کا مثبت امتحان اُس وقت پایا جاتا ہے جب کہ اِنسولین بے حد کم استعمال کی جا رہی ہو جس سے دموی شکر طبعی درجہ سے اوپر رہتی ہے (14) لیکن وہ اُس وقت بھی مثبت پایا جاتا ہے جب کہ غذا میں کاربوہائیڈریٹ ازحد کم اور چربی ازحد زیادہ ہوتی ہے ، لہٰذا جب ایسی حالت ہو تو غذا میں کچھ ترمیم کرنی چاہیئے ۔ اگر مریضوں کو خلاف عادت عضلی ورزش کرنا ہو تو اُنھیں اِنسولین کم لینی چاہیئے ، کیونکہ ورزش دموی شکر کو کم کر دینے کا رجحان رکھتی ہے ۔ ممکن ہے کہ ایک مریض جس کا علاج ابھی بیان کئے ہوئے اصول پر کیا جا رہا ہے کچھ عرصہ کے بعد یہ محسوس کرے کہ اِنسولین کی وہ مقدار جس کا وہ عادی ہے حد سے زیادہ ثابت ہو رہی ہے ، کیونکہ اُسے قلیل شکر دمویتی ردعمل محسوس ہو رہے ہیں ۔ اِس کے یہ معنی ہیں کہ اُس کی حالت میں اصلاح ہو رہی ہے اور اُس مقدار کو کم کرنا چاہیئے ۔ اگر اِنسولین سے شفایابی ممکن ہے تو شفاء کامل کے لئے یقیناً چند سال کی ضرورت ہو گی ۔

سرایت ۔ جب مریض کو کوئی حاد سرایت ، مثلاً التہاب لوزتین ، انفلوئنزا ، خسرا ، ذات الریہ ، معدی معوی التہاب وغیرہ ہو جاتا ہے ، تو جسم کو اِنسولین کی زیادہ احتیاج ہو جاتی ہے ۔

(ا) اگر معمولی غذا لی جا رہی ہے تو اِنسولین کی معمولی مقدار دی جاتی ہے ۔ پیشاب کا امتحان ہر دوسرے یا تیسرے گھنٹے کرنا چاہیئے ، اور اگر شکر ظاہر ہو تو دوپہر کے کھانے سے پہلے یا وسط شب میں (ایک بار دُ ائد کھانا اور دیکر) اِنسولین کی ایک تازہ مقدار استعمال کرنا چاہیئے ۔ ممکن ہے کہ اِنسولین کی مقدار میں تدریجی زیادتی بھی ضروری ہو ۔ لیکن جونہی کہ تپش گر جائے اور پیشاب خالی از شکر ہو ، لازماً اِنسولین کو فی الفور کم کر دینا چاہیئے ۔

(ب) فرض کرو کہ غذا نہیں لی جا رہی ہے (مثلاً اگر قئے موجود ہے) ۔

(۱) اگر پیشاب میں شکر موجود ہے تو اِنسولین کی پوری مقدار معمولی وقت پر دینی

چاہیئے، اور پیشاب کا امتحان ہر دوسرے یا تیسرے گھنٹے کرکے جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے اِنسولین میں تازہ اضافے کئے جائیں۔ (۲) اگر پیشاب میں شکر موجود نہ ہو تو اِنسولین معمولی مقدار سے آدھی دینی چاہیئے، اور ہر دوسرے یا تیسرے گھنٹے امتحانِ بول کرکے اگر ضرورت ہو تو اِنسولین کی تازہ مقداریں دی جائیں۔ دونوں حالتوں میں یہ بہتر ہوگا کہ اِنسولین سے آدھ گھنٹہ بعد گلوکوس ۱۰ فی صدی محلول میں (۱ گرام فی اکائی) دینا چاہیئے۔

479 **ذیابیطسی قوما** (diabetic coma)۔ ذیابیطسی قوما کے آغاز میں اِنسولین کی ایک بڑی مقدار (مثلاً ۶۰ اکائیاں) کچھ تو تحت الجلدی راہ سے اور کچھ دروں وریدی راہ سے، دینا چاہیئے، جس کے ہمراہ ۶۰ گرام شکر ایک پائنٹ پانی میں دینی چاہیئے اور تحت الجلد اشراب مع شکر کے ہر چوتھے گھنٹے مکرر دینا چاہیئے، یہاں تک کہ پیشاب کیٹونی اجسام سے مبرا ہو جائے۔ اس کے بعد انسولین مع شکر کے نسبتہً قلیل تر مقداروں میں زیادہ طویل وقفوں سے جاری رکھیں۔ جب جب پیشاب ہو اُس کے ہر نمونہ کا امتحان کرنا اہم ہے، اور اگر تین یا چار گھنٹے تک امتحان کے لئے پیشاب نہ ہوا ہو تو اُس کا نمونہ حاصل کرنے کے لئے قاثاطیر استعمال کرنا چاہیئے۔ اِن احتیاطوں سے کام لینے کی وجہ یہ ہے کہ ایسے قوی علاج سے جو ذیابیطسی قوما کے لئے ضروری ہوتا ہے، مریض کو درمیان میں ہوش آئے بغیر نہایت آسانی کے ساتھ قلیل شکر دموی قوما کی حالت طاری ہو جاتی ہے۔ اگرچہ بیان کردہ طریقہ سے شکر دینے پر ایسا ہونا خلاف قیاس ہے۔

اس کے علاوہ علاج کا ایک نہایت اہم طریقہ یہ ہے کہ ایسے سیّال کی بڑی مقداریں دی جائیں، جس میں شکر اور شاید سوڈیم بائی کاربونیٹ موجود ہو۔ اِس کے اثر سے سیلانِ بول جاری رہ کر زہری ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ کے خارج ہونے میں مدد ملے گی جو غالباً ذیابیطسی قوما کا سبب ہوتا ہے۔ بے ہوش مریض میں اِس سیّال کو دینے کے لئے ایک معدی انبوبہ، انبوبۂ آئن ہارن (Einhorn's tube)، یا ایک لمبا انفی انبوبہ اور ایک قیف ضروری ہیں۔ مریض کو دائیں کروٹ پر لٹا دیا جاتا ہے تاکہ سیّال جاذبہ کے اثر سے فوراً اثنا عشری میں چلا جائے۔

ایک پائنٹ گرم عقیم ہم تنشی محلول ہر گھنٹہ دیا جاتا ہے، یہاں تک کہ آزادانہ سیلانِ بول قائم ہو جائے۔ اگر مریض قے کرے تو اس علاج کو ہرگز موقوف نہیں کرنا چاہئے بلکہ اس کے استعمال کی اصلی مدت کو زیادہ طویل کر دینا چاہئے تاکہ معدے کا تمدد نہ پیدا ہو سکے۔ بار بار امتحان کرکے یہ دیکھنے کی احتیاط عمل میں لانا چاہئے کہ کشش کا اذیما نمویاب نہ ہونے پائے۔ ایسا علاج ۲۴ تا ۴۸ گھنٹے کرنے کی ضرورت ہوگی قبل اس کے کہ گہرے قوما کی حالت میں ہونے کے بعد مریض کامل طور پر ہوش میں آئے۔ جب متعدی کے ساتھ علاج کے باوجود موت واقع ہو جائے تو ممکن ہے کہ اس کا سبب یوریا دمویت ہو کیونکہ ایسی متعدد اصابتوں میں دموی یوریا بلند پایا گیا ہے (12,13)۔ مریض کو لٹا کر رکھنا چاہئے تاکہ فشل قلب نہ ہونے پائے۔

قلیل شکر دمویت (hypoglycæmia)۔ قلیل شکر دمویت کے علامات اس سے پہلے درج ہو چکے ہیں۔ علاج کے ابتدائی درجوں میں شدید قلیل شکر دمویت کا خطرہ نہیں ہوتا، بشرطیکہ علاج صحیح طور پر کیا جا رہا ہو۔ اس کے بعد ممکن ہے کہ شدید عضلی محنت سے قلیل شکر دمویت پیدا ہو جائے، بالخصوص اسوقت جب کہ بلند کاربوہائڈریٹ والی غذا کا تحول واقع کرنے کے لئے انسولین کی بڑی مقداریں لی جا رہی ہوں۔ مریضوں کو چاہئے کہ ناگہانی ضرورت کے موقع پر کھانے کے لئے اپنے ساتھ شکر کے کچھ ڈلے رکھیں۔

قلیل شکر دمویتی قوما (hypoglycæmic coma) کے علامات کچھ حد تک ذیابیطسی قوما کے برعکس ہوتے ہیں۔ پسینہ بکثرت آتا ہے، نبض ممتلی اور مشرف ہوتی ہے، وریدیں نمایاں طور پر ابھر آتی ہیں۔ ممکن ہے کہ پھیپھڑوں کا کچھ اذیما اور اس کے ساتھ ہی زراق اور سیال نفث ہو۔ مریض متشنج ہوتا ہے اور پیشاب میں کیتون نہیں ہوتے۔ ایک مریض نے شکایت کی کہ وہ سانس نہیں لے سکتا۔ فالج نصفی (hemiplegia) بھی بیان کیا گیا ہے۔ قلیل شکر دمویتی قوما کی حالت میں ایڈرینالین (۱ میں ۱۰۰۰) کے ۱۵ تا ۲۰ قطروں کا تحت الجلدی اشراب کیا جا سکتا ہے، یا اگر اس سے ناکامی رہے تو پٹیوٹرین (pituitrin) کی یہی مقدار دی جا سکتی ہے۔ یہ علاج صرف اسی وقت

فع بخش ہوگا جب کہ جگر میں گلائکوجن کا اچھا ذخیرہ موجود ہو۔ دہن کی راہ سے یا معدی
ہو بہ کے ذریعہ بکثرت شکر (شکر نیشکر یا ڈیکسٹروس کے ۲ تا ۴ اونس) دی جاتی ہے۔
ر مریض کو جلد ہوش نہ آجائے تو ڈیکسٹروس کے ۵ یا ۶ فی صدی محلول کا دروں
ریدی اشراب کیا جاتا ہے۔

خودبخود بلیش انسولینیت (spontaneous hyperinsulinism)۔
ب تک انسولین کے استعمال سے متعلق قلیل شکر دمویت کا ذکر کیا گیا ہے۔ خودبخود
یش انسولینیت جزیرۂ لینگرہارن کے خلیات کے سلعہ یا بیش تکوین کے باعث پیدا
و جاتی ہے۔ مثالی قلیل شکر دمویتی علامات کی اصابتیں بیان کی گئی ہیں جن میں
شی یا قوما اس وقت پیدا ہوتا ہے جب کہ مریض بہت مدت تک کچھ نہ کھائے،
وران اصابتوں میں شکر دینے سے افاقہ ہو جاتا ہے۔ عملیہ کے ذریعہ بعض اوقات
یسی حالت معلوم ہو گئی ہے، اور ضرر کو کامیابی کے ساتھ دور کر دیا گیا ہے۔
میق لاشعاع کو ایک تبادل طریقۂ علاج سمجھا جا سکتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں
بعی لبلبہ پایا گیا ہے، اور علامات کا سبب کیا ہے یہ مسئلہ حل نہیں ہوا۔ گاہے جگر
سبب ہوتا ہے، گو کہ جگر سے قلیل شکر دمویت ہونے کے یہ معنی ہیں کہ بہت وسیع
اؤفیت موجود ہے، لہذا کبدی قلت کی دیگر امارات کی توقع کرنی چاہیے۔ ایک
مکان ذیل میں درج ہے، گو کہ اس کا ثبوت ہنوز مفقود ہے۔

480

مقدم نخاعی قلت۔ غدۂ نخامیہ کے مقدم لختہ کے بہت سے افعال
یں سے ایک یہ ہے کہ انسولین کا تضاد العمل کیا جائے۔ چنانچہ کبر الجوارح
(acromegaly) کا ذیابیطس مشہور و معروف ہے۔ تجربہ پر یہ پایا گیا ہے کہ
اگر ایک لبلبہ ربودہ کتے میں نخامیہ کو بھی دور کر دیا جائے، تو حیوان کا ذیابیطس
جاتا رہتا ہے اور دموی شکر ممکن ہے طبعی کے اوپر سے نیچے آجائے۔ اگر نخامیہ کو
تنہا دور کیا جائے تو انسولین کا طبعی تضاد العمل مفقود ہوتا ہے، اور فاقہ کشی یا ورزش
کے بعد قلیل شکر دمویت بآسانی واقع ہو جاتی ہے، جس کا علاج شکر دے کر کیا
جا سکتا ہے۔ ایسی اصابت میں مقدم نخامیہ کی تجہیزات آزمائی جا سکتی ہیں۔ قلیل
شکر دمویت، سمانڈ کے مرض (Simmond's disease) (جو ملاحظہ ہو) کے نام تنہا

نخامی ضعف (pituitary cachexia) میں مشاہدہ کی گئی ہے ۔
قلیل شکر دمویت کی دیگر اصابتیں یہ ہیں :— وافر عضلی ورزش مثلاً لمبی دوڑ دوڑنے والوں میں، یا گلائکوجن کے ذخیروں کا ختم ہو جانا درقیہ کھلانے سے ۔ ملاحظہ ہو ضمیمہ صفحہ 504۔

غدۂ درقیّہ

(THYROID GLAND)

طبعی غدۂ درقیہ میں ایسے خلیات موجود ہوتے ہیں، جو کولائڈ کا افراز پیدا کرتے ہیں، اور اس کولائڈ سے ایک آیوڈین شامل رکھنے والی قلمی شئے علیحدہ کی گئی ہے جس کو تھائرا کسین (thyroxin) کہتے ہیں ۔
انسانی جسم میں طبعاً اس شئے کے تقریباً ۸ تا ۱۰ ملی گرام موجود ہوتے ہیں ۔ یہ ہمیشہ آہستہ آہستہ بنتی ہے [غالباً ڈائی آیوڈو ٹائروسین (di-iodo-tyrosine) (48) کے درجہ میں سے ہو کر] اور تلف ہوتی رہتی ہے ۔ جوں ہی کہ غدہ کے حویصلات کو استر کرنے والے خلیات کولائڈ کا افراز کرتے ہیں یہ کولائڈ حویصلات کے اندر مذخور ہو جاتا ہے ۔ چنانچہ اس کے مذخور ہو جانے کے بعد یہ خلیات چپٹے اور ساکن ہو جاتے ہیں ۔ فعال اِفرازی خلیے مکعب یا اُستوانی ہوتے ہیں ۔ یہ عنبیات کی شکل میں مرتب ہوتے ہیں اور اِن میں متسع عروق شعریہ کی وافر رسد پہنچتی ہے ۔ مفرزہ تھائرا کسین یا تو خارج ہو کر ان نفیس شعریات کے اندر چلی جاتی اور اس طرح دورانِ خون میں داخل ہو جاتی ہے، یا ممکن ہے کہ وہ کولائڈ کے طور پر عنبیات کے اندر مذخور ہو کر ایک حویصلہ پیدا کر دے ۔ افرازی خلیے اس مرحلے یا درجہ میں ساکن ہو جاتے ہیں ۔ درقیہ کی فعالیت افراز کی زیادتی سے اور کولائڈ کے اِخراج سے ظاہر ہوتی ہے ۔ یہ اخراج غالباً استر کرنے والے خلیوں کے درمیان کی درزوں میں سے ہوتا ہے (15)۔ تھائرا کسین کی تاثیر یہ ہے کہ یہ مشارکی عصبی نظام کو تہیج کرتی ہے، شائد فوق الکلوی لب کا تہیج کرکے، کیونکہ

خون کے اندر ایڈرینین (adrenin) کی ایک زیادتی پائی جاتی ہے۔ جیسا کہ پہلے سمجھایا گیا ہے، درقی فوق الکلوی آلہ جگر کو تہیج کرکے گلائکوجن کو گلوکوز کی شکل میں جو ئے خون کے اندر منتقل کرتا ہے، تنفسی تبادلہ زیادہ ہوجاتا ہے اور جسمانی تپش بلند ہونے کا رجحان رکھتی ہے۔ بیرونی سردی میں تکشف ہونے سے اس آلہ کی وظیفی فعالیت زیادہ ہوجاتی ہے، اور حرارت اس آلہ کا امتناع کرتی ہے، اور اس آلہ پر جراثیمی سمیات کا عمل ہونے سے شاید بخار پیدا ہوجاتا ہے۔ یہ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ درآں حالیکہ فوق الکلیہ کا فعل سریع اور مختصر ہوتا ہے، تھائراکسین کا فعل سست اور دیرپا ہوتا ہے۔ کیلسیم کے تحول پر درقیہ کی تاثیر، جوز العینی گائٹر کے عنوان کے تحت بیان کی گئی ہے۔

گائٹر کی اصطلاح سے غدۂ درقیہ کی کلانی مراد ہے۔ یہ مندرجۂ ذیل شکلوں میں واقع ہوتی ہے:— (۱) بیش پرورش جس کے ساتھ حویصلات اور افرازی عنبات غدہ میں منتشر طور پر پھیلے ہوئے ہوتے ہیں۔ یہ بلوغ، حمل اور سن یاس کا گائٹر ہے، اور ممکن ہے کہ یہ مبیض برآری (oöphorectomy) اور مبیضی مرض (ovarian disease) کے بعد بھی واقع ہوجائے۔ (۲) کولائڈل گائٹر (colloid goitre)۔ (۳) کیسہ بند غدی سلعہ (encapsulated adenoma) جو جامد یا دوہری ہوسکتا ہے (یہ تین کلانیاں مقامی الحدوث یا انفرادی الحدوث گائٹر کی شکلیں ہیں)۔ (۴) اولی جحوظی گائٹر (primary exophthalmic goitre)۔ (۵) ثانوی مرض گریو (secondary Graves' disease) یا سمی غدی سلعہ (toxic adenoma)۔ (۶) مرضِ خبیث۔

مقامی الحدوث یا انفرادی الحدوث گائٹر

(endemic or sporadic goitre)

بحثِ اسباب۔ گائٹر بعض مقامات میں کثیر الوقوع ہے۔ وہ انگلستان میں ڈربی شائر (Derbyshire) میں اور انگلستان کے مغرب اور

جنوب مغرب اور ویلز (Wales) میں ہوتا ہے (16)۔ اور شہروں کے نسبت اضلاع میں زیادہ عام ہے۔ براعظم پر وہ سیوائی (Savoy)، سوئٹزرلینڈ، شمالی اطالیہ، ٹائرال (Tyrol) اور اسٹائریا (Styria) کے پہاڑی خطوں میں کثیر الوقوع ہے۔
لیکن وہ صرف پہاڑیوں میں محدود نہیں، بلکہ اُن کے نیچے کے میدانوں میں دیہات تک پھیلتا ہے۔ مقامی الحدوث گائٹر غالباً آیوڈین کی قلت یا غیر موجودگی کی وجہ سے پیدا ہوجاتا ہے، اور ایسے اشخاص میں ہونے کا رجحان رکھتا ہے جو سمندر سے دور رہتے ہیں۔ نیز وہ آیوڈین کی ضرورت کی زیادتی سے پیدا ہوجاتا ہے، جو پوری نہ کی گئی ہو۔ اس ضرورت کو زیادہ کرنے میں بہت سے عاملات حصہ لے سکتے ہیں۔ آب نوشیدنی کا زمین کے اندر کے کسی نامیاتی مادّے سے ملوث ہوجانا جو ممکن ہے برازی ہو۔ سرایت، کیونکہ بعض اوقات حاد گائٹروبائی شکل میں واقع ہوتا ہے (17)۔ شناخت نا شدہ مادے [شاید سایانینز (cyanins) جو کہ بافتی تنفس کا امتناع کرتی ہیں] کرم کلہ اور بعض دیگر سبزیوں میں۔ شحم کثرت سے کھانا۔ بلوغ اور حمل۔ تجربی حیوانوں میں، حیاتین ا اور ج کا فقدان، خواہ کثرت سے آیوڈین موجود ہو (47)۔ گائٹر عورتوں اور نوعمروں میں نہایت عام ہے۔ غیر گائٹری اضلاع میں واقع ہونے والے انفرادی الحدوث گائٹروں کی توجیہہ بھی انھیں اصول پر کیجا سکتی ہے۔ مقامی الحدوث گائٹر اکثر مخاطی اُذیما اور قمات کے ساتھ وابستہ ہوتا ہے۔

امراضیات۔ جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے، آیوڈین کی قلت غدّے کی فعالیت کو تحریک پہنچاتی ہے، جس کے ساتھ ہی افرازی خلیات کا تکاثر ہوکر لیفی ہیکل اور دموی رسد کی زیادتی اور کولائڈ کی غیر موجودگی پائی جاتی ہے۔ اس عمل کے کسی بھی درجہ میں غدّے کی حالت میں حلش واقع ہوکر شفاء کامل ہوسکتی ہے۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ اِس فعال درجہ کے چند سال بعد دو اقسام کا انحطاط واقع ہوجائے:۔ (الف) خلیات کا ذبول ہوکر اُن کے بجائے لیفی نامیضات پیدا ہوکر لیفیت اور دُوسری تکوین ہو، یا (ب) غدّے کی بڑی کلانی واقع ہوکر اُس کے ساتھ اُس کے کولائڈ میں زیادتی ہوجائے،

(کولائڈی گائٹر)، یہ سابقہ فعالیت کے زمانہ کے بعد جو کہ آیوڈین کی ضرورت کے باعث پیدا ہوا تھا، غدہ کا استراحتی درجہ ہے، کہ جس میں کولائڈ اور آیوڈین جمع ہو جاتے ہیں۔ درقیہ کے غدی سلعات خلوی باقیات (cell rests) سے پیدا ہو جاتے ہیں اور یہ اُسی تہیج کے تحت بڑھ جاتے ہیں کہ جس سے کولائڈی گائٹر پیدا ہوتا ہے۔ کولائڈی گائٹروں سے غدی سلعات کی تفریق پورے طور پر واضح نہیں اور درمیانی امثال عام ہیں۔ غدی سلعات بھی عکش، ذبول، دویری تکوین یا کولائڈی تکوین کے وہی مدارج طے کر سکتے ہیں جو سارے غدے میں واقع ہوا کرتے ہیں۔ بالعموم غدی سلعات متعدد ہوتے ہیں اور سن بلوغ کے قریب قریب نمو یاب ہوتے ہیں۔ گائٹر کی جسامت گردن کے دونوں جانب ایک اوسط درجہ کے اُبھار سے لے کر ایک ایسے تودہ تک جو بندھی ہوئی مٹھی یا جنینی سر کے برابر ہو اختلاف پذیر ہوتی ہے، اور وہ عظم القص کے بالائی حصے کے سامنے لٹکا ہوا ہوتا ہے۔ ان گائٹروں کی طرح جو سوئزرلینڈ اور سیوائی میں اس قدر عام طور پر پائے گئے ہیں۔

لمفی غدہ آسا گائٹر میں غدہ کے اندر سرطلمی قرنیت اور لمفی خلیات کا اجتماع اور بالآخر لیفیت پائی جاتی ہے۔ حیاتین ا کی قلت اس کا ایک سبب ہے۔

علامات۔ اکثر گردن کی کلانی اور بُری کا احساس ہی تنہا علامات ہوتے ہیں۔ اگر گائٹر بہت بڑا ہے تو ممکن ہے کہ مری پر دباؤ پڑنے سے عسر البلع، یا قصبۃ الریہ یا باز گرد حنجری اعصاب کے انضغاط کی وجہ سے بُھر موجود ہو۔ اگر بڑھے ہوئے غدے کے مقامی اثرات کے علاوہ کوئی دوسرے علامات ہوں، تو وہ درقیہ کے فعل کی تخفیف یعنی قلیل درقیت پر دلالت کرتے ہیں (ملاحظہ ہو مخاطی اُذیما)۔ کولائڈی گائٹر میں اساسی تحول طبعی یا قدرے گھٹا ہوا ہوتا ہے۔

سرطان عموماً ادھیڑ عمر کے بعد ہوتا ہے اور ایک سخت، سریع النمو سلعہ پیدا کر دیتا ہے، جو گردو پیش کے حصوں میں در ریز ہو کر اُن پر دباؤ ڈالتا ہے۔ جب گائٹر کا سبب سرطان یا لحمی سلعہ ہوتا ہے تو عموماً غدے کے افعال جاری رہتے ہیں۔ اور اگر ایسی حالت میں داخلی اعضا میں ثانوی بالیدیں موجود ہوں، تو درقیہ کے استیصال کلی سے مخاطی اُذیما نہیں پیدا ہوتا۔

تشخیص ۔ کسی کلائی کی درقیتی نوعیت اِس سے ثابت ہوتی ہے کہ وہ نگلنے کے عمل کے دوران میں حنجرہ کے ساتھ ساتھ اوپر اور نیچے حرکت کرے ۔

علاج ۔ مقامی الحدوث گائٹر کے رقبوں میں حفظ ما تقدم کا طریقہ یہ ہے کہ موسم بہار اور موسم خزاں میں دس دن تک روزانہ ۰٫۰۱ گرام سوڈیم یا پوٹاسیم آیوڈائڈ استعمال کیا جائے ۔ سوئزرلینڈ کی ریاست اپین زیل (Canton of Appenzell) میں نمک کے ہر کلو گرام کے ساتھ ۰٫۰۲۵ تا ۰٫۰۵ گرام پوٹاسیم آیوڈائڈ شامل ہوتا ہے تاکہ تمام باشندوں کو اُس کا کچھ حصہ ضرور پہنچ جائے ۔ غذا کی غیر طبعی حالتیں، جو کہ بحث اسباب میں بیان کی گئی ہیں، درست کر دینی چاہئیں ۔ دوران حمل میں ماں کا علاج کرنے سے بچہ میں پیدائشی گائٹر رد کا جا سکتا ہے ۔ گائٹر کے ابتدائی ترین درجہ کے علاج میں اس وقت جب کہ غدی سلعات موجود نہیں ہوتے، آیوڈین کا داخلی استعمال صبغیہ کی صورت میں روزانہ ۲ یا ۳ قطروں کی مقداروں میں کیا جا سکتا ہے ۔ آیوڈین کے استعمال سے غدی سلعی گائٹر کے فعل کی کثرت ہو گئی ہے، اور ممکن ہے کہ آیوڈین کا مزید استعمال کئے بغیر بیش درقیت سالہا سال تک جاری رہے ۔ آیوڈین حقیقی جحوظی گائٹر کی بیش درقیت کو زیادہ نہیں کرتی ۔ نمو یافتہ کولائڈی گائٹر میں آیوڈین کا علاج چنداں کامیاب نہیں، اور خلاصۂ درقیہ کو آزمانا چاہئے ۔ نہایت سخت اور نہایت بڑے گائٹروں میں اور خبیث مرض میں، بشرطیکہ یہ کافی ابتدائی درجوں میں شناخت کر لئے گئے ہوں، جراحی تدابیر کی ضرورت ہو سکتی ہے ۔ یہ تدابیر یہ ہیں کہ کیسہ بند رسولی کا انقاف کر دیا جائے اور غدے کے بیشتر حصے کو نکال دیا جائے ۔ رانجنی شعاعیں بھی استعمال کی جا سکتی ہیں ۔

جحوظی گائٹر

(exophthalmic goitre)

(مرض گریو =Graves' disease)

(باسیڈاؤ کا مرض =Basedow's disease)

اس مرض کو جو عورتوں میں مردوں کے نسبت زیادہ کثیر الوقوع ہے (۳ اور ۱ کی

نسبت سے) (18)۔ ابتداءً ۱۸۳۵ء میں ڈبلن کے ایک طبیب گریوز (Graves) نے اور ۱۸۴۰ء میں ایک جرمن طبیب باسیڈاؤ (Basedow) نے بیان کیا۔ اس کے نمایاں علامات یہ ہیں:۔ کراتِ چشم کا باہر کو بروز کر آنا، غدۂ درقیہ کی کلانی، قلب کے فعل کی کثرتِ وقوع، اور لرزش۔

بحثِ اسباب۔ مجمل طور پر بیان کیا جائے تو اس مرض کی اصابتیں دو گروہوں میں تقسیم کی جا سکتی ہیں۔ لیکن ان دونوں گروہوں کے درمیان کوئی واضح فرق نہیں ہے، اور ان کی تفریق کو کسیقدر مصنوعی تصور کیا جاتا ہے۔

(۱) اوّلی جحوظی گائٹر (primary exophthalmic goitre)۔
اس کا آغاز ناگہانی ہوتا ہے، اور فترات اور اشتدادات باربار ہوتے ہیں۔ تنفسی تبادلہ یا اساسی تحول کی شرح میں بھی تناظر تغیرات ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 459)۔ اساسی تحول کی شرح شدتِ مرض کے دوران میں بلند ہوتی ہے، اور تخفیفِ مرض کی حالت میں کم۔ یہ مرض عموماً نوعمر اشخاص میں ہوتا ہے۔ بعض اوقات عصبانی رجحان پہلے سے موجود تھا، جیسا کہ ہسٹیریا (hysteria) یا صرع (epilepsy)، یا خاندانی دماغی مرض سے ظاہر ہوتا ہے۔ چند اصابتوں میں یہ مرض کسی جذباتی یا دماغی اشتعال، بلکہ سر میں راست تضرر لگنے کے بعد بھی جلد ہی پیدا ہو گیا ہے۔ دورانِ جنگ میں اکثر اوقات فوج کے سپاہیوں میں بیش درقیت دیکھی گئی، جو شدید دماغی بار کی وجہ سے پیدا ہو گئی۔ بعض اوقات اس مرض میں ایک موروثی تعلق بھی مشاہدے میں آیا ہے:۔ مثلاً یہ ماں اور بیٹے یا بیٹی میں دیکھا گیا ہے۔ اس سے بھی زیادہ اکثر یہ اُسی خاندان میں بھائیوں اور بہنوں پر حملہ آور ہوتا ہے۔ یہ واقعہ کہ دورانِ جنگ میں جرمنی میں جحوظی گائٹر کا حدوث کم ہو گیا تھا، اس امر پر دلالت کرتا ہے کہ غذا کی افراط اس کے پیدا کرنے میں ممد ہو سکتی ہے (19)۔ انگلستان اور ویلز میں جحوظی گائٹر کی توزیع ایک حد تک متعادی الحدوث گائٹر کی توزیع سے مشابہ ہے۔ یہ حدوث شہروں کے نسبت دیہاتی اضلاع میں زیادہ ہوتا ہے (16)۔

(۲) ثانوی مرضِ گریوز (secondary Graves' disease)۔ اکثر درقیہ کے سابقہ تورّم کی سرگذشت ملتی ہے جو یہ بتاتی ہے کہ کچھ عرصے سے غدہ میں مزمن

تغیرات ہو رہے ہیں ۔ افراط فعل کے علامات اکثر پینتیس یا چالیس سال کی عمر کے قریب نمودار ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ یہ غدی سلعہ کی حالت میں آیوڈین کے استعمال سے پیدا ہو جائیں ۔ یہ مرض ایسے علامات کے ساتھ جو بتدریج زیادہ شدید ہو جاتے ہیں سالہا سال تک جاری رہ سکتا ہے ۔ فترات نہیں ہوتے ۔ تنفسی تبادلہ میں آہستہ آہستہ برابر زیادتی ہوتی جاتی ہے ۔ جحوظ العین اکثر بہت نمایاں نہیں ہوتا ۔ قلب کی بے نظمیوں، جیسے کہ اُذینی ریشکی انقباض کا خاص احتمال موجود ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ مریض ابتداءً فشل قلب کے لئے مشورہ کا طالب ہو ۔ جب درقیہ کے غدی سلعہ کی شہادت موجود ہوتی ہے تو ان اصابتوں کو اکثر سمی غدی سلعہ (toxic adenoma) کہتے ہیں ۔

امراضیات ۔ یہ مرض اس طرح پیدا ہوتا ہے کہ درقیہ کی بیش پرورش کی وجہ سے تھائرا کسین کی زیادتی ہو جاتی ہے ۔ اس کا ثبوت یہ ہے کہ اس کے علامات انھیں علامات سے مشابہ ہوتے ہیں جو خلاصۂ درقیہ کی بڑی مقداروں کے بعد پیدا ہو جاتے ہیں، نیز یہ کہ وہ مخاطی اُذیما کے علامات سے متضاد ہوتے ہیں، اور یہ کہ بیش پروردہ درقیہ کے جزئی استیصال کے بعد مریض کی حالت میں اصلاح واقع ہو جاتی ہے ۔ لیکن عرصۂ دراز سے اس امر میں بحث چلی آتی ہے کہ آیا یہ مرض محض طبعی تھائرا کسین کی حد سے زائد پیدائش کی وجہ سے ہوتا ہے یا اس وجہ سے کہ اس تھائرا کسین میں کوئی تبدیلی ہو جاتی ہے، مثلاً اس کے سالمہ میں معمول کے نسبت کم آیوڈین ہونا ۔ یعنے یہ بحث کی گئی ہے کہ اس حالت میں ایک حقیقی بیش درقیت (true hyperthyroidism) ہوتی ہے یا درقی سمیت (thyrotoxicosis)۔ آخر الذکر رائے کی تائید میں یہ دلائل ہیں کہ جانوروں کو درقیہ کی زیادتی دینے سے علامات ہو بہو نہیں پیدا کئے جا سکتے، یعنی جحوظ العین نہیں پیدا ہوتا ۔ مزید برآں بعض اصابتیں ایسی ہیں جن میں بیش درقیت اور مخاطی اُذیما کے علامات ایک ساتھ موجود معلوم ہوتے ہیں ۔ لیکن اس کے یہ معنی ہونا لازمی نہیں کہ یہ دونوں مرض ایک ساتھ موجود ہیں، کیونکہ ممکن ہے کہ بیش درقیت کے علامات سابقہ بیش فعالیت کے باقیات ہوں جو اب مُردہ ہو چکی ہے ۔ مجملاً دوسری رائے کی تائید میں کافی ثبوت موجود نہیں ہے ۔ اغلب ہے کہ بعض

اصابتوں میں درقیہ کی فعالیت، اس کے اس ہیجان سے پیدا ہوتی ہے جو کہ مقدمی نخامیہ (ملاحظہ ہو) کے مہیج درقی ہارمون کی کثرت سے واقع ہوتا ہے۔

درقیتی تسمم مشارکی کا تہیج، جگر سے گلائکوجن کی زیادہ ترسیل، اور تنفسی تبادلہ کی زیادتی پیدا کر دیتا ہے۔ مریض انسولین کے نہایت متحمل ہوتے ہیں، جو گلائکوجن کی ترسیل کو مسدود کر کے تھائرآکسین کی مضادت کرتی ہے۔ واقعہ یہ ہے کہ جہاں تک جگر پر اثر کا تعلق ہے، ذیابیطس اور جحوظی گائٹر دونوں ایک دوسرے سے مشابہ ہیں۔ لیکن اُن کا اثر عضلات پر نہایت مختلف ہوتا ہے، کیونکہ وہاں جحوظی گائٹر میں شکر جلائی جاتی ہے لیکن ذیابیطس میں یہ جلنا بڑی حد تک رکا ہوا ہوتا ہے (15)۔ مشارکی کا یہ تہیج جحوظ العین، امارتِ وآن گریفی (von Graefe's sign)، سرعتِ ضرباتِ قلب اور پسینہ آنے کا سبب ہو سکتا ہے۔ کیانن (Cannon) کے مشہور تجربہ میں بلی کا عصب حجابی اُسی جانب کے عنقی مشارکی سے ٹانک دیا گیا۔ اس طرح پیدا کردہ تہیج مشارکی نے اُسی جانب پر جحوظ العین پیدا کر دیا۔ اس جحوظ العین کے متعلق یہ خیال کیا گیا ہے کہ یہ عضلۂ مُلّر کے ہیجان کے باعث واقع ہوتا ہے، جو محجر میں استر کرنے والی جھلی میں وتدی فکی شقاق پر واقع ہے۔ لیکن انسان میں یہ عضلہ ناقص النمو ہوتا ہے، اور چند منتشر ریشوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ دوسرا امکان یہ ہے کہ اُذیمائی سیال کُراتِ چشم کو آگے کی طرف دھکیل دیتا ہے، (کیونکہ عضلاتِ مستقیمہ چشم کا اذیما بھی پایا گیا ہے)، اور پھر اس کے بعد وہاں چربی کا ثانوی جماؤ ہو جاتا ہے۔

نحول بلند تنفسی تبادلہ کے باعث ہوتا ہے، اور ساتھ ہی غذائی اختلالات کے سبب سے جو انجذاب میں مزاحم ہوتے ہیں۔ جب چربی کے گودام ختم ہو چکتے ہیں تو پروٹین کام میں لایا جاتا ہے، چنانچہ پروٹینی شکست و ریخت بھی غیر طبعی طور پر بلند درجہ کی ہوتی ہے۔ لیکن زیادتیٔ احتراق کے باوجود جسمانی تپش بلند نہیں ہوتی (مگر کبھی کبھی)، کیونکہ پسینہ کی افراط کے باعث جسم سے حرارت کا نقصان زیادہ ہو جاتا ہے۔ کیلسیم کا نمایاں اخراج ہوتا ہے نہ صرف پیشاب میں بلکہ براز میں بھی۔ حقیقت میں ایک تندرست موضوع میں کیلسیم کا افراغ درقی خلاصہ کے ذریعہ اس سے

زیادہ آسانی کے ساتھ انجام پاتا ہے کہ جتنا پیرا تھارمون یا ترشوں کے ذریعہ۔ بیش نزد درقیت کے خلاف (جو کہ ملاحظہ ہو) دموی کیلسیم بالکل مرتفع نہیں ہوتا بلکہ حقیقت میں پست ہونے کا رجحان رکھتا ہے (گوکہ نزد درقیتی تکزز میں درقی خلاصے سے دموی کیلسیم بلند ہو جاتا ہے)۔ لاشعاعی امتحان پر ہڈیاں کیلسیم کی قلت ظاہر کر سکتی ہیں (21)۔

مرضی تشریح۔ جویبلی اور سنجنیتی بافت کے خلیات میں تکاثر واقع ہوتا ہے۔ جویبلات کے مافیہا اپنی کولائڈی نوعیت کھو کر مخاطی اور ذراتی ہو جاتے ہیں۔ نسبتہً بعد کے درجوں میں ممکن ہے کہ غدہ لیفی یا دُوَیری ہو جائے۔ اولی جحوظی گائٹر میں یہ تغیرات سارے غدے کے اندر منتشر ہوتے ہیں۔ ثانوی گریوز کے مرض میں غدے کے بعض حصے فعالیت ظاہر کرتے ہیں۔ دوسرے حصے کولائڈی تدخیر، لیفیت اور دُوَیری تکوین ظاہر کرتے ہیں۔ ممکن ہے کہ متعین غددی سلعی تغیرات ہوں یا نہ ہوں۔

غدۂ تیموسیہ اکثر باقی ہوتا ہے اور بڑھا ہوا ہوتا ہے۔ طویل المدت اصابتوں میں درقی سمی التہاب عضلۂ قلب (thyro-toxic myocarditis) کے ساتھ عضلی ریشوں کا تنخر اور زجاجی تغیرات واقع ہو جاتے ہیں (20)۔

علامات۔ ممکن ہے کہ علامات یکایک طاری ہو جائیں، لیکن عموماً وہ کسیقدر تدریجاً ہی نمودار ہوتے ہیں، اور بالعموم قلبی علامات پہلے ظاہر ہوتے ہیں اور کرات چشم کا بروز اور درقیہ کا تورم چند مہینوں بعد ظاہر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ کبھی کبھی ان کے ظہور کی ترتیب مختلف ہو، یا تین خاص علامتوں میں سے ایک یا دوسری غیر موجود ہو۔ لیکن دَورانِ خون کے متعلق شکایت مستقل ترین ہوتی ہے۔ کامل نمویافتہ مرض میں قلب تیزی اور قوت کے ساتھ حرکت کرتا ہے۔ صدم القلب غیر معمولی طور پر بڑے رقبہ پر محسوس ہوتا ہے۔ سباتی اور بڑی شرائین کا نبضان بڑی قوت کے ساتھ ہوتا ہے، اور مریض قلبی ضرب اور شریانی تپک دونوں کی شدت کو محسوس کرتا ہے۔ نبض ۱۴۰ تک پہنچ سکتی ہے۔ برقی قلبی نگارش اکثر طبعی ہوتی ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ اُذینی ریشکی انقباض یا ایک

طویل ف ل فاصلہ موجود ہو، اور ن اور ف موجیں جسامت میں ایک دوسرے کے برابر ہوں (20)- گاہے گاہے قلبی مسدودی دیکھی جاتی ہے، بالخصوص اُس وقت جب کہ ڈیجیٹالس بڑی مقداروں میں دیا گیا ہو۔ قلبی اختلال کے لحاظ سے مریض کو سانس پھولنے کی شکایت ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ رفتہ رفتہ قلب بیش پروردہ اور ازاں بعد متسع ہو جائے۔ عموماً شرح نبض کے تغیرات کے بالکل ساتھ ساتھ اساسی تحول کے متناظر تغیرات واقع ہوتے ہیں۔ لیکن بعض اوقات مرض کی فعالیت مردہ ہو جانے کے بعد بھی نبض، قلب کے متضرر ہو جانے کی وجہ سے بلند رہتی ہے، چنانچہ اَساسی تحول ہی غدہ کی فعالیت کی زیادہ قابل اعتبار تصویر پیش کرتا ہے۔

جسمِ درقی کی کلانی متشاکل اور عموماً متوسط الابعاد ہوتی ہے، اور شاذ ہی اُس کلانی کے برابر ہوتی ہے جو نسبتہً بڑے مقامی گائٹروں میں دیکھی جاتی ہے۔ اگر اُس پر ہاتھ رکھا جائے تو ایک ذبذبہ محسوس ہو سکتا ہے (جو اُس کے متسع عروق دمویہ کے اندر خون کی حرکت کی وجہ سے ہوتا ہے)، اور مسماع الصدر سے ایک اِنکماشی خریر سنا جا سکتا ہے۔

کراتِ چشم کا اُبھر آنا (جحوظ العین، تہدل العین) اور اجفانی شقاق کا چوڑا ہو جانا اِس مرض کی نہایت ممتاز و ممیز خصوصیت ہے، جس سے مریض کی شکل ناگوار اور خوف زدہ بن جاتی ہے اور ایسا معلوم ہوتا ہے گویا اس کی ٹکٹکی لگی ہوئی ہے۔ یہ دونوں آنکھوں کو ماؤف کرتی ہے اور اُس درجہ تک پہنچ سکتی ہے کہ صلبیہ قرنیہ سے اوپر اور اس سے نیچے، دونوں جگہ نظر آتا ہے اور پپوٹے پاس آ کر باہم مل نہیں سکتے۔ اُس وقت بھی جب کہ پپوٹے اِرادی دور پر بند کئے جا سکتے ہیں ممکن ہے کہ وہ نیند کے دوران میں ایک دوسرے سے علیحدہ رہ جائیں۔ اور اگر جحوظ العین انتہائی ہے تو ممکن ہے کہ تکشف کا یہ نتیجہ ہو کہ قرنیہ کی خراش اور تقرح پیدا ہو جائے۔ آنکھ بہت کم بار جھپکتی ہے (امارتِ اِسٹیل ویگ =Stellwag's sign)۔ جحوظ العین کے ساتھ ساتھ کرۂ چشم اور بالائی پپوٹے کی حرکات میں یکسانی کی عدم موجودگی ہوتی ہے، چنانچہ جب مریض نیچے دیکھنے کے لئے کرۂ چشم کو نیچے کرتا ہے تو بالائی پپوٹا اُسی متناظر حد تک نیچے نہیں پہنچا

(امارت گریفی =von Graefe's sign)۔ یہ امارت ہر اصابت میں موجود نہیں ہوتی، اگرچہ یہ بعض اوقات آنکھ کے بروز سے پہلے ہی دیکھی گئی ہے۔ لیکن اس کے ساتھ ہی یہ ہے کہ جب یہ موجود ہو تو اہم ہے، کیونکہ یہ دوسرے اقسام کے جحوظ العین میں نہیں واقع ہوتی۔ عضلات متقاربہ کی کمزوری بھی موجود ہوسکتی ہے (امارت موبیئس =Mobius' sign)، اور بعض اصابتوں میں دو نظری یا بعض یا تمام عضلات چشم کا واضح شلل بھی موجود ہوسکتا ہے۔ حدقہ اور توفیق غیر متاثر رہتے ہیں، اور چشم بین سے بے حد پُر اور پیچیدہ ارتشبکیتی اوردہ کے سوائے اور کوئی چیز ظاہر نہیں ہوتی۔

چوتھی اور نہایت مستقل علامت جوارح کی بلکہ سارے جسم کی کم و بیش مسلسل نازک سی لرزش ہے۔ عضلی کمزوری اور درد بھی نہایت ممیز ہوتے ہیں۔ مریض کو گھٹنے پھیلانے میں وقت ہوتی ہے، لہٰذا زینہ چڑھنے کا عمل صرف جنگلے یا کٹہرے کو بازوؤں سے دبا دبا کر ہی انجام دیا جاسکتا ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ بازوؤں اور دھڑ کے عضلات بھی ماؤف ہوگئے ہوں۔ ممکن ہے کہ ایک شام وسیع پھیلا ہوا استرخا ہو اور رات بھر بستر میں گذارنے کے بعد دوسرے دن صبح کامل شفا ہوجائے۔

مریض چڑچڑا، بے چین، یا ہسٹیریائی ہوسکتا ہے لیکن عدیم الدم نہیں ہوتا۔ بعض اصابتوں میں مالیخولیا، توہمات بلکہ مانیا تک ہوگیا ہے۔ اور تنگرز کبھی کبھی واقع ہوجاتا ہے۔ توجہ یا کسی اشتعال سے عصبی اضطراب اور قلبی فعل میں زیادتی ہوجاتی ہے۔ کبھی کبھی معتدل درجہ کی تپ بھی موجود ہوتی ہے۔ اور بعض مریضوں میں جلد کے مختلف لونی تغیرات ظاہر ہوتے ہیں، جیسے کہ معتدل درجہ کی سمرت، کلف یا برص۔ مختلف مریضوں میں حرارت کا ایک موضوعی احساس، سر اور گردن کی تمتماہٹ، پسینہ اور وقفہ دار البیومن بولیت بھی دیکھے گئے ہیں۔ مریضوں کو اکثر اسہال کے حملے ہوجایا کرتے ہیں، جن کے ساتھ کبھی کبھی قئے بھی ہوتی ہے۔ بعض اوقات بیش شکر دمویت کی وجہ سے شکر بولیت ہوجایا کرتی ہے۔ یعنے یہ کہ مریض شکر کی طبعی مقدار نہیں لے سکتا بغیر اس کے کہ وہ پیشاب میں ظاہر ہو۔

بعض اوقات اِس کے بعد حقیقی ذیابیطس شکری ہو جاتی ہے، اور گریوز کے مرض کے مریض بعض اوقات ذیابیطسی قوما سے ہلاک ہوئے ہیں۔ تاہم حالت فاقہ کی دموی شکر عموماً طبعی درجہ پر ہوتی ہے۔ مگر برداشتِ شکر کے منحنی میں کسیقدر تاخیر پائی جاتی ہے۔ وقتاً فوقتاً علامات میں اشتداد کا امکان ہوتا ہے۔

485

تشخیص - ابتدائی درجوں میں، جحوظ العین یا ورقیہ کا تورم ظاہر ہونے سے پہلے تشخیص میں دقت پیش آتی ہے۔ اِس مرض کو تمدرن سے تمیز کرنا چاہئے۔ مواظب سرعتِ ضربات قلب سے، جب کہ برقی قلبی نگارش طبعی ہو اور بالخصوص جب کہ پسینہ بھی آتا ہو، اِس مرض کا اِشارہ ہوتا ہے۔ تاہم اُذینی ریشکی انقباض ثانوی مرضِ گریوز میں عام ہوتا ہے۔ تنفسی تبادلہ کی تخمین کی جائے (ملاحظہ ہو صفحہ 459)- دموی کیلسیم کا ۹ ملی گرام یا اس سے کم ہونا، اور عضلی انقباض کے لئے دہلیز تحریک پذیری کا ۲۰ ملی ایمپیر سے کم ہونا بھی اشارہ کن ہے۔

انذار - حال ہی میں کیمبل (Campbell) نے ۱۲۷ مریضوں کی روئدادوں پر از ابتدا تا انتہا غور کر کے انکا تتبع کیا ہے، جن کا طبی علاج گائیز ہسپتال میں ۱۹۰۰ء اور ۱۹۱۰ء کے درمیان کیا گیا۔ اس کے نتائج نہایت قریبی طور پر ایسی ہی ایک تحقیقات کے مطابق پائے گئے جو پہلے ہیل وہائٹ (Hale White) نے انجام دی تھی۔ اِس عرصہ کے اختتام پر ۲۰ فی صدی مریض بالکل اچھے تھے۔ ۳۰ فی صدی تقریباً اچھے تھے اور پورے دن کا کام کرنے کے قابل تھے لیکن اُن میں ایک یا دو اَمارتیں خفیف طور پر جاری رہیں۔ ۲۴ فی صدی بہت بہتر حالت میں تھے اور ہلکا کام کرنے کے قابل تھے۔ ۱۳ فی صدی کی حالت میں اصلاح نہیں ہوئی یا اُن کی حالت بدتر تھی۔ ۱۵ فی صدی اس مرض سے ہلاک ہو گئے۔ اگر عملیہ یا عمیق لاشعاع کے ذریعہ علاج عمل میں لایا جائے تو انذار میں بہت اصلاح واقع ہوتی ہے۔ ۶۰ فی صدی اصابتوں میں مریض بغیر تکلیف کے پورا کام کرنے کے قابل ہو جائیگا (49، 50)۔

علاج - غذا ایسی سادہ کام میں لانا چاہیے جس سے سیری حاصل ہو جائے اور جس میں کاربوہائڈریٹ بہ افراط ہو۔ الکحل اور تمباکو مضر ہونے کا احتمال رکھتے

ہیں۔ چند ہفتوں تک بستر میں آرام کرنے سے مریضوں پر یقیناً مفید اثر ہوا ہے۔ اکاون مریضوں کے ایک سلسلہ میں جن میں صرف یہی علاج کیا گیا، تین چوتھائی کا اساسی تحول چھ مہینے کے اندر ۱۰ فی صدی سے نیچے ہو گیا (4)۔ جب مریض اٹھنے لگیں تو انھیں نہایت خفیف ورزش کی اجازت دینی چاہیئے۔ لیکن آرام بہت لینا چاہیئے۔ جحوظی گائٹر کے مریض اِنسولین کے متحمل ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ مریض کو معمولی غذا پر رکھ کر اِنسولین کے ۱۵ یا ۲۰ یونٹس دن میں دو بار دینے سے کچھ فائدہ حاصل ہو جائے، جس کے ساتھ ½ گرین پیرا تھائرائڈ براہِ دہن دن میں تین بار دئیے جاتے ہیں (28)۔ درقیہ پر برف لگانے سے تسکین حاصل ہوتی ہے۔

درقیہ کی فعالیت کم کرنے کے دو خاص طریقے ہیں:— یعنے، (۱) گہری لاشعاعیں (۲) عملیہ کے ذریعہ غدے کا استیصال، جس سے پہلے بعض اوقات ایک یا دونوں درقی شرائین کی گرہ بندی عمل میں لائی جاتی ہے۔ لاشعاعیں عموماً ابتدا مرض میں استعمال کی جاتی ہیں، اور اگر ان سے کوئی اصلاح یا افاقہ نہ ہو تو بعد میں عملیہ کے متعلق غور کیا جا سکتا ہے۔ لاشعاعی علاج زیادہ طویل عرصہ تک کرنے سے مابعد علاج بالعملیہ زیادہ مشکل ہو جاتا ہے۔ حقیقی جحوظی گائٹر میں محلول لوگال (Lugol's solution) (۵ فی صدی آیوڈین، پوٹاسیم آیوڈائڈ کے ۱۰ فیصدی محلول میں) کے ۱۵ قطرے روزانہ دینے سے عارضی طور پر بڑا فائدہ حاصل ہو سکتا ہے۔ اس سے تحول ایک یا دو ہفتوں میں گر کر طبعی درجہ پر ہو جاتا ہے۔ یہی نتیجہ آیوڈین کے ۱۰ فی صدی الکحلی محلول سے حاصل کیا جا سکتا ہے۔ اس کی مقدار ۱۵ قطرے روزانہ ہے، اور اسے ایک یا دو ہفتے کے بعد ۳ یا ۴ قطرے تک گھٹا دیا جاتا ہے (32)۔ یہ علاج قبل العملیتی علاج کے طور پر بہت نفع بخش ہو سکتا ہے، اور اسے لاشعاعی علاج کے ساتھ ساتھ بھی استعمال کیا جا سکتا ہے۔

مخاطی اُذیما

(myxœdema)

(بے درقیتی ضعف=cachexia strumipriva)

مخاطی اذیما اور قمائت (cretinism) غدۂ درقیہ کے اُس مرض کے نتائج ہیں جس سے اُس کے اِفراز کی قلت پیدا ہو جاتی ہے (ناقص درقیت)۔ قمائت پیدائشی ہوتی ہے۔ مخاطی اُذیما بعض اوقات بچپن میں پیدا ہو جاتا ہے (طفولی مخاطی اُذیما =juvenile myxœdema) لیکن زیادہ عام طور پر وہ ما بعد زندگی میں ہوا کرتا ہے۔

بحث اسباب۔ مخاطی اُذیما مردوں کے نسبت عورتوں میں بہت زیادہ عام ہے، اور مریضوں کی اکثریت میں علامات تیس اور پچاس سال کی عمر کے درمیان شروع ہوتے ہیں، اگرچہ وہ اس قدر جلد کہ ساڑھے آٹھ سال کی عمر میں اور اِس قدر دیر سے کہ ۷۶ سال کی عمر میں بھی شروع ہونا پائے گئے ہیں۔ موروثیت کی بعض دلالتیں بھی دیکھی گئی ہیں، اور یہ زیادہ تر اکثر مفلس جماعتوں میں دیکھا گیا ہے۔ اُن اضلاع میں جہاں گائٹر ایک مقامی الحدوث مرض ہے، قلیل درقیت کی تمام قسمیں عام ہیں۔

مرضی تشریح۔ جلد میں یہ تغیرات ہوتے ہیں کہ پسینہ کے غدد، دہنی غدد اور شعری جرابات کے قرب وجوار میں نواتی تکاثر اور اتصالی بافت کا نمو ہوتا ہے۔ جلد کا جیلاتینی اور اُذیمائی ہونا جسے اُرڈ (Ord) نے مخاطی اُذیما کا نام دیا تھا، صرف چند بار ہی مندرج ہے۔ تحت الجلدی شحم کی خاصی مقدار ہوتی ہے۔

جسم درقی اپنی طبعی جسامت سے گھٹ کر نصف یا ایک تہائی ہو جاتا ہے۔ وہ پھیکے، زردی مائل یا زرد رنگ کا، اور لوچدار یا متصلب، لیفی یا ساخت ربوڑ ہو جاتا ہے۔ غدہ بالخصوص لیفی بافت پر مشتمل ہوتا ہے، جس میں خلیات کے منتشر گروہ ہوتے ہیں، جو حویصلات کے باقیات ہیں۔ اور بالآخر کثیف لیفی بافت کے سوا اور کچھ باقی نہیں رہتا۔ جسم نخامی بڑا، یا بعض اصابتوں میں بڑا اور انحطاط یافتہ

486

ہوتا ہے۔ راقم الحروف کے ایک مریض میں فوق الکلیہ غدد بول تھے۔ صلابت شریانی اور عضلۂ قلب کا انحطاط عام ہیں۔ کیلسیم کی برآمد کم ہو جاتی ہے۔

علامات۔ یہ ابتداً غیر محسوس ہوتے ہیں، چنانچہ بیشتر اصابتوں میں مرض تاوقتیکہ وہ خوب نمو یافتہ نہ ہو جائے معلوم نہیں ہوتا۔ پھر مریض کی شکل ممیز ہوتی ہے۔ چہرہ بے اظہار شلل ارتعازی سے ملتا جلتا ہوتا ہے۔ ناک، پپوٹے اور لب پھولے ہوئے ہوتے ہیں۔ چہرہ کی جلد میں نہایت ممیز اور مخصوص جھریاں پائی جاتی ہیں۔ رنگ نمایاں طور پر زرد ہوتا ہے اور ساتھ ہی ہر گال پر ایک کسی قدر تیز سرخ چکتی ہوتی ہے، اور لب گہرے سرخ یا تقریباً کبود ہوتے ہیں۔ جسم کی جلد عام طور پر موٹی ہو جاتی ہے، اور ٹانگوں اور پاؤں کی شکل قدرے اذیمائی ہوتی ہے، اگرچہ بہت سی اصابتوں میں (سب اصابتوں میں نہ سہی) تغیر بالکل نہیں ہوتی۔ ہاتھ کی شکل میں بھی تغیرات واقع ہو جاتے ہیں: وہ بعد رسغی ہڈیوں کے سروں کے مقابل زیادہ چوڑا ہو جاتا ہے، اور انگلیاں موٹی اور یکساں شکل کی ہو جاتی ہیں۔ اس تغیر کو "پھاوڑے جیسے" ("spade-like") کا نام دیا گیا ہے، جو بہت زیادہ ممیز نہیں۔ پاؤں بھی اسی طرح ماؤف ہو جاتے ہیں۔ پسینہ کم آتا ہے یا بالکل نہیں آتا، جلد خشک اور چھلکے دار ہو جاتی ہے، بال جھڑ جاتے ہیں جس سے سر پر محض ایک پتلی سی پوشش رہ جاتی ہے، یا جلد الراس کا حقیقی گنج (جبہی صلعہ" = "frontal alopecia") اور "کسووری گردن" = "cassowary neck") اور بھوؤں کی بیرونی تہائی کا گنج ("امارت ابرو" = "eyebrow sign") اور پلکوں کا گنج پیدا ہو جاتا ہے۔ ناخن ٹھٹھر کر بھربھرے ہو جاتے ہیں۔ مخاطی اغشیہ بھی یہی تغیرات ظاہر کرتے ہیں۔ بہر حال لہات اور نرم تالو متورم ہوتے ہیں، اور زبان بڑی اور موٹی ہوتی ہے۔ مزید برآں دانت بوسیدہ یا ڈھیلے ہو جاتے ہیں۔ مریضہ کا عصبی نظام وہ دوسری چیز ہے جو جاذب توجہ ہوتی ہے۔ وہ سست اور بے پروا نظر آتی ہے، مجہول الخیال اور مجہول الحرکت اور اکثر بہری ہوتی ہے۔ وہ سستی کے ساتھ اور سوچ سوچ کر بولتی ہے، گویا کہ اس کی موٹی زبان نطق میں میکانی طور پر مزاحم ہوتی ہے، لیکن تکلم کے ساتھ آنکھوں کے حرکات اور اظہار کے عضلات کے حرکات کی سستی سے ظاہر ہوتا ہے کہ

عصبی عضلی آلہ میں بھی خرابی ہو گئی ہے۔ احبال کے متورم ہو جانے کی وجہ سے آواز پست درجۂ ارتفاع رکھتی ہے اور بھرائی ہوئی ہوتی ہے۔ جہاں تک ذہن کا تعلق ہے حافظہ ناقص ہوتا ہے۔ مریضہ اکثر چڑچڑی یا شکی، یاسیت اور خواب آلودہ ہوتی ہے۔ اور مریضوں کے کچھ تناسب میں توہمات، اختباطات اور تشنجات دیکھے گئے ہیں۔ ممکن ہے کہ دردِ سر اور رثیتی دردوں کی شکایتیں بھی کیجائیں۔ بعض اوقات تکززا اسی طرح ہوجاتا ہے، جس طرح کہ وہ درقیہ کے عملیتی استیصال کے بعد ہوتا ہے۔ تپش بیشتر تحت الحاد ہوتی ہے، مریضہ کو سردی کی شکایت بآسانی ہوجاتی ہے، اور اس کے ہاتھ پاؤں اکثر سرد اور نیلے ہوتے ہیں۔

نبض کمزور یا سست ہوتی ہے۔ ترقی یافتہ اصابتوں میں قلبی عرقی مرض ہوتا ہے اور مفقود یا مرتکس ن موج اور پست وولٹیج کی برقی قلبی نگارش حاصل ہوتی ہے، اور صلابتِ شریانی موجود ہوتی ہے۔ اور پیشاب رقیق ہوتا ہے اور بسا اوقات اس میں تھوڑا البیومن موجود ہوتا ہے۔ امتحانِ خون سے خرد خلوی عدم دمویت ظاہر ہوتی ہے، جس کے ساتھ سرخ خلیے گھٹ کر ۳۰۰۰۰۰۰ یا اس سے بھی کم ہوجاتے ہیں اور ہیموگلوبین بھی متناظر درجہ تک کم ہوجاتی ہے۔ امعا میں قبض ہوتا ہے۔ شکر کی برداشت زیادہ ہوجاتی ہے، چنانچہ اس کی بڑی مقداریں، بلکہ بعض اصابتوں میں ۱۰ اونس تک لے لینے سے بھی پیشاب میں کوئی شکر نہیں ظاہر ہوتی۔ عورتوں میں کثرت طمث ہونا عام ہے۔ زیادہ شاذ طور پر عدم طمث ہوتا ہے۔ رُعاف، مسوڑھوں سے خون آنا اور بواسیر غیر عام نہیں۔ جس کرنے پر درقی غدہ بالعموم چھوٹا پایا جاتا ہے، اور حلقی غضروف سے نیچے اس جگہ جہاں خاکنائے ہونی چاہیے، قصبتہ الریہ کے حلقے جس کئے جا سکتے ہیں۔ رفتارِ مرض سست ہوتی ہے۔ ایسے مریض بھی معلوم ہو چکے ہیں جن میں یہ مرض دس سال یا زائد تک بلا کسی اہم تغیر کے موجود رہا۔ تاہم اس میں شبہ نہیں کہ یہ زندگی کو گھٹا دیتا ہے۔ مریض عضلی اتقلبی یا صلابت شریانی تغیرات سے، یا ہمرو امراض جیسے کہ ذات الریہ اور شعبی التہاب سے ہلاک ہوجاتے ہیں، یا عمومی یا عصبی خستگی انھیں بتدریج نشانۂ اجل بنا دیتی ہے۔

تشخیص۔ مخاطی اُذیما بیشتر اوقات مرض برائٹ یا عضلی قلبی انحطاط

(myocardial degeneration) کے ساتھ خلط ملط ہو جاتا ہے۔ مگر گو اس مرض میں قدرے البیومن بولیت موجود ہوتا ہم کلوی وظیفہ طبعی حالت میں ہوتا ہے۔ برقی قلبی نگارش میں کی غیر طبعی حالتیں علاج سے زائل ہو جاتی ہیں جس سے تشخیص میں مدد ملتی ہے۔ اساسی تحول کے امتحان سے جو نہایت شدید حالت میں معمول سے ۔۴ فی صدی نیچے ہو سکتا ہے، قطعی ثبوت حاصل ہو سکتا ہے۔

علاج ۔ تھائرائڈیئم (thyroideum) (B. P.)، جو خشک کردہ غدے سے بنا ہوا ہوتا ہے، ا تا ۵ گرین کی معتادوں میں برشامہ کے اندر رکھکر یا گولی کی صورت میں روزانہ ایک دو بار براہِ دہن دیا جا سکتا ہے۔ تالیفی تھائراکسین (synthetic thyroxin) بھی براہِ دہن دی جا سکتی ہے، اور اس کی صغیر ترین روزانہ معتاد ۲ ر۰ ملی گرام ہے۔ مخاطی اُذیما کی نہایت شدید اصابتوں میں علاج براہ دہن ہمیشہ ہی کامیاب نہیں ہوتا، جس کی وجہ شاید یہ ہو سکتی ہے کہ غذائی خطے سے انجذاب نہایت سست ہوتا ہے۔ تھائراکسین کے ایک خاص طور پر تیار کیے ہوئے محلول کا دروں وریدی اشراب آزمایا جا سکتا ہے، یعنے ۵ ملی گرام فی معتاد کی تین معتادیں ایک ایک ہفتہ کے وقفہ سے۔ لیکن محفوظ تر طریقہ یہ ہے کہ ایا ۲ ملی گرام کے ایک اشراب سے شروع کریں، کیونکہ ممکن ہے کہ اس کے استعمال کے چوبیس گھنٹے بعد شدید ردعمل ظاہر ہو جائیں، جن کے علامات یہ ہیں: ۔ نبض تیز، دردِ سر لرزش، متلی، قَے یا اسہال، اور پشت اور ٹانگوں میں درد۔ ۳ : ۵ ڈائی آیوڈو تھائرونین (8:5 di-iodothyronine) ایک مادہ جو کہ تھائراکسین کے ساتھ کیمیادی طور پر متجانس ہے اور اس سے زیادہ حل پذیر ہے، کامیابی کے ساتھ استعمال کی گئی ہے (51)۔ اساسی تحول کے امتحان کے ذریعہ سے اس علاج پر اقتدار رکھنا چاہیے۔ جب اس ذریعہ سے جسم کے اندر تھائراکسین کا ذخیرہ صحیح مقدار تک بڑھ جائے تو پھر اس کا استعمال براہِ دہن جاری رکھا جا سکتا ہے۔ درقیہ کو کسی طور سے بھی دیا جائے، مناسب یہ ہے کہ چھوٹی خوراکوں سے ابتدا کی جائے، ورنہ ذبحی علامات یکایک پیدا ہو جانے کا احتمال ہے۔

قماءت

(cretinism)

قماءت یورپ کے پہاڑی ملکوں (سوئزرلینڈ، شمالی اطالیہ اور سیوائی) میں اور شمالی ہندوستان (چترال، گلگت) میں ایک مقامی الحدوث مرض کے طور پر ہوتی ہے، جہاں گائٹر بھی بے انتہا پھیلا ہوا ہوتا ہے۔ اکثر یہ دونوں حالتیں ایک ہی فرد میں یک جا پائی جاتی ہیں۔ فی الحقیقت ان میں کے بہت سے قماء (cretius) گائٹری ہوتے ہیں۔ میک کیری سن (McCarrison) کو ہندوستان میں ۲۰۸ قمار میں سے اٹھاسی گائٹری ملے۔

انفرادی الحدوث قماءت دوسرے مقامات، مثلاً انگلستان میں ہوتی ہے۔ اس کے مبتلاؤں میں درقیہ قلت زدہ ہوتا ہے، یا خفیف سا گائٹر ہوتا ہے۔

امراضیات۔ فرد اور جماعت میں مقامی الحدوث قماءت کا گائٹر کے ساتھ یکجا پایا جانا، بعض اصابتوں میں درقیہ کی غیر موجودگی، اور مخاطی اُذیما سے مشابہت یہ سب امور اس مرض اور غدۂ درقیہ کے تعلقات کو ظاہر کرتے ہیں۔ جب مقامی الحدوث قماءت اور گائٹر ایک ہی فرد میں ظاہر ہوتے ہیں تو اول الذکر آخر الذکر سے پہلے ہوتی ہے لہٰذا وہ اُس کی وجہ سے نہیں ہوتی۔ قماءت ایک یا دونوں والدین کی گائٹری حالت کی وجہ سے ہوتی ہے، اور ماں کے درقیہ کا ناقص فعل جنین میں خرابی پیدا کر دیتا ہے۔ یہ ضرر نزد درقی اور درقی، دونوں اجسام کو ماؤف کرتا ہے۔

علامات۔ قماءت کے ممیز خصائص یہ ہیں:- بالیدگی ٹھٹھری ہوئی، سر بڑا اور چوڑا، چہرے کے خط و خال موٹے، آنکھوں کا ایک دوسری سے بہت دور ہونا، ناک چپٹی، منہ بڑا، ابتدائی عمر ہی میں ناہموار اور کھردری جلد میں جھریاں، سینہ تنگ، شکم بھرا ہوا، بالعموم سرّی فتق، ٹانگیں ٹیڑھی یا خمیدہ، کم ذہنی اتنی زیادہ کہ ابلہی کی حد تک۔

یہ ممیز خصایص عموماً زندگی کے پہلے سال کے آخری نصف میں دیکھنے میں آتے ہیں۔ چلنے کی قابلیت بہت دیر میں حاصل ہوتی ہے، اور بالیدگی کی رکاوٹ

ممکن ہے کہ اس قدر ہو کہ ایک بالغ قمی پانچ یا چھ سال کے بچے سے زیادہ اونچا نہ ہو۔ بلوغ میں بہت تاخیر ہو جاتی ہے، یا تناسلی وظائف بالکل غیر موجود ہوتے ہیں۔ تکلم کی قوت نہایت آہستہ آہستہ حاصل ہوتی ہے یا بالکل نہیں حاصل ہوتی، اور بعض قمی بہرے گونگے اور ابلہ ہوتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں رقص المقلہ، حَول اور ٹانگوں کی تشنجی اُستواری پیدا ہو جاتی ہے۔ اکثر اوقات ترقوؤں سے اوپر شحمی تودوں سے بنے ہوئے تحت الجلدی سلعات پائے جاتے ہیں۔ عظمی نظام میں نمایاں نقائص موجود ہوتے ہیں۔ اساس قذالی اور اساس وتدی ہڈیاں قبل از وقت متعظم ہو جاتی ہیں۔ لمبی ہڈیاں معمول کے نسبت مستقلاً چھوٹی ہوتی ہیں، ٹانگیں خمیدہ ہو جاتی ہیں، اور گرد عظمہ سے لیفی بافت نکل کر ہڈی کے بُربالہ اور پوری کے درمیان بڑھ جاتی ہے۔ پاؤں اور کلائی کی ہڈیوں کے تعظم کے مراکز بہت تاخیر کے ساتھ نمودار ہوتے ہیں۔ اِن ساختوں کے شعاع نگاری امتحان مفید ذرایع تشخیص ہیں۔

علاج ۔ مخاطی اُذیما کی طرح قمائت میں بھی خلاصۂ درقیہ بہت کامیابی کے ساتھ استعمال کیا گیا ہے۔ اِس کے زیر اثر بچوں کی بالیدگی سرعت کے ساتھ ہو کر بافتوں کی اُذیمائی دررِیزش جاتی رہی، اور بچے زیادہ سمجھدار ہو گئے۔ لیکن یہ تسلیم کرنا پڑتا ہے کہ بچے کی ذہنی اصلاح کے نسبت جسمانی اصلاح زیادہ آسانی کے ساتھ ہوتی ہے، خاص طور پر اس وقت جب کہ علاج دیر سے شروع کیا جائے۔

488

نزد درقی غدد

(PARATHYROID GLANDS)

نزد درقی غدد وہ چھوٹے اجسام ہیں، جو تعداد میں عموماً چار اور درقیہ کے قریب یا اُس کے جِرم کے اندر واقع ہوتے ہیں۔ وہ ایک لیفی جال کے اندر سر حلمہ آسا خلیوں کے گروہوں پر مشتمل ہوتے ہیں، لیکن اُن میں درقیہ جیسی حویصلی ترتیب اور کولائڈی مشمولات نہیں ہوتے۔ ہر جسم ناپ میں ۶ یا ۷ ملی میٹر × ۳ یا ۴ ملی میٹر × $\frac{1}{2}$ ۱ یا ۲ ملی میٹر اور وزن میں تقریباً $\frac{1}{2}$ گرین ہوتا ہے۔ پیرا تھارمون (parathormone)، جو اِن

غدد کا فعال جوہر ہے، تجارتی طور پر حاصل ہو سکتا ہے۔ اس کا اشراب کیا جائے تو پہلے پیشاب میں فاسفورس کی برآمد بڑھ جاتی ہے اور پلازما کا غیر نامیاتی فاسفورس گھٹ جاتا ہے، پھر خون کے اندر کیلسیم کی زیادتی پیدا ہو جاتی ہے (بیش کلسیت)۔ مصلی کیلسیم کے ایک خاص بحرانی لیول پر دموی فاسفورس فی الفور بلند ہو جاتا ہے غالباً کلوی وظیفہ کے بدل جانے کے باعث، کیونکہ ساتھ ہی خون کی غیر پروٹینی نائٹروجن بھی بلند ہو جاتی ہے۔ تدید بیش تکلس الدم کتوں میں واضح علامات پیدا کر دیتا ہے، لیکن آدمی اس قدر حساس نہیں ہے۔ نزد درقی بہت اقسام کی بیماریوں، سرایتوں وغیرہ میں استعمال کیا گیا ہے، جن میں مصل کے اندر رواں شدہ کیلسیم کی مقدار پست پائی گئی ہے (ملاحظہ ہو داء الرقص)۔ افسوس کہ پیرا تھارمون کا فعل تغیر پذیر ہے اور دوا کی طرف سے امنیت بسا اوقات متویاب ہو جاتی ہے جس سے اس کی موثریت بالکل زائل ہو جاتی ہے (21)۔

نزد درقی تغیرات واقع ہو سکتے ہیں، جیسے کہ بیش تکوین، شمی انحطاط لیفیت، دوبری اور کولائڈی تکوین۔

بیش نزد درقیت (hyperparathyroidism)- ممکن ہے کہ اس غدہ کی بیش تکوین سے گردن میں ایک رسولی پیدا ہو جائے، جو نکلتے وقت حس پذیر ہو۔ مصلی کیلسیم ۱۶-۱۷ ملی گرام فی صدی تک بڑھ جاتا ہے، اور پلازما کا فاسفیٹز (phosphatase) بلند ہوتا ہے اور کیلسیم پیشاب میں روزانہ ضائع ہوتا ہے۔ دموی فاسفیٹ ہمیشہ پست ہوتا ہے۔ کیلسیم ہڈیوں سے آتا ہے، اور وہ مرض پیدا کرتا ہے جو کہ وان ریکلنگ ھانسن کے عمومی التہاب العظام لیفی (generalised osteitis fibrosa of von Recklinghansen) کے نام سے مشہور ہے۔ یہ مرض مردوں کی نسبت عورتوں میں دوگنا زیادہ عام ہے۔

علامات ہڈیوں میں درد ہوتا ہے اور لاشعاعی امتحان منقط منظر ظاہر کرتا ہے۔ یہ ہڈیوں میں منتشر طور پر پھیلی ہوئی فضائیں (۱) استخوان شکن خلوی سلعہ = osteoclastoma) کے باعث ہوتا ہے، جو خود بخود کسر واقع ہونے کا رجحان پیدا کرتی ہیں۔ ممکن ہے تشنگی، کثرت بول، کلوی حصوات معہ قولنج کے، عضلات کی بیش طنابی، متلی، قے اور لاغری ہو جو کہ شدید یا صابتوں میں ہوتی ہے۔ رسولی کے

استیصال کے بعد اصلاح شروع ہو جاتی ہے، لیکن دموی کیلسیم کے سریع سقوط کی وجہ سے تکزز نہایت عام طور پر پیدا ہو جاتا ہے۔ اس میں پیرا تھارمون دینے سے تخفیف ہو سکتی ہے جو استعمال کرنے کیلئے ہمیشہ پاس رکھنا چاہیے (21)۔ عملیہ کا بدل عمیق لاشعاعیں ہو سکتی ہیں۔ مرکزی التہاب العظام لیفی (focal osteitis fibrosa) میں جو کہ عام تر ہے، کیلسیم کے تحول میں کوئی غیر طبعی بات نہیں پائی جاتی۔

تکزز

(tetany)

تکزز نزد درقیہ کے مرض سے، خود بخود ناقص نزد درقیت (spontaneous hypoparathyroidism) میں پیدا ہو سکتا ہے، لیکن وہ شاذ ہے۔ بعد عملیتی تکزز، درقی عملیات میں نزد درقیات کے استیصال کے بعد ہونا خوب معلوم ہے۔ لیکن سریری تکزز کے بہت سے دوسرے اسباب بھی ہیں۔

بحث اسباب۔ وہ ہر عمر میں واقع ہوتا ہے، لیکن شیر خواروں اور نوعمر بالغوں میں بالخصوص کثیر الوقوع ہے۔ بچوں میں اناث کے نسبت ذکور پر زیادہ اکثر حملہ ہوتا ہے۔ نسبتۃً زیادہ عمر کے اشخاص میں ذکور کی نسبت اناث پر زیادہ اکثر حملہ ہوتا ہے۔ بچوں میں کساحۃ اور اسہال عام ترین اسباب مُعِدہ ہیں۔ بالغوں میں یہ اسباب کارفرما ہوتے ہیں:- حمل اور رضاعت، حموی امراض سے شفایابی، اتساع معدہ اور تسدد الامعا، اور راقم الحروف کے مریض میں معدی قولونی ناسور (gastro-colic fistula)، جس کے ساتھ براز میں آزاد ہائڈروکلورک ایسڈ ضائع ہوتا تھا۔ وہ جسم درقی کے استیصال کے عملیہ کے بعد بھی ہو گیا ہے، جب کہ درقی کیساتھ نزد درقی اجسام بھی دور کر دئے گئے تھے۔ مَیک کیری سن بیان کرتے ہیں کہ وہ گلگٹ (شمالی ہند) کی بلند وادیوں میں عورتوں میں عام ہے، اور یہ کہ ایسے تمام مبتلاؤں میں گاٹر کی شکایت بھی ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ ان اصابتوں میں وہ نزد درقی کے مرض کے باعث ہوتا ہو جو کہ ساتھ موجود ہے۔ مماثل دورے ارگٹ کے تسمم (ergotism) سے اور لینت عظام (osteomalacia) کے ہمراہ اور سوڈیم بائی کاربونیٹ کے

تسمم سے بھی دیکھے گئے ہیں۔ بعض اوقات بعض عصبی امراض، بالخصوص صرع (epilepsy) میں تکزز موجود ہوتا ہے۔ نیز تکزز وباؤں میں مزدوروں کے اندر سال کے بعض موسموں میں یورپ کے خاص خاص شہروں (دوائنا، ہیڈلبرگ) میں واقع ہوتا ہے۔ مصنوعی طور پر وہ مسلسل جبری تنفس سے پیدا کیا جا سکتا ہے، جس سے جسم کے اندر سے کاربن ڈائی آکسائڈ (CO_2) دھل کر باہر نکل جاتی ہے (بے دخانی = acapnia)۔

امراضیات۔ اس مرض کا اصلی ممیز خاصہ محیطی حرکی عصبیہ کی بیش تحریک پذیری ہے۔ اور یہ رائے ظاہر کی گئی ہے کہ آکسیجن کی احتیاج اس کا اولی سبب ہوتا ہے، اور متعدد عاملات یہ احتیاج پیدا کر دیتے ہیں (26)۔ مثلاً ممکن ہے کہ وہ قلی دمویت جو سوڈیم بائی کاربونیٹ کے اشرابات یا جبری تنفس (جس سے کاربن ڈائی آکسائڈ دھل کر جسم سے باہر نکل جاتی ہے) کے سبب سے ہوتی ہے اس طرح عمل کرتی ہو کہ آکسی ہیموگلوبین سے آکسیجن کے افتراق کو زیادہ مشکل بنا دیتی ہو (کثیر طلبی = pleonexy) جس سے بافت کا آکسیجنی تناؤ کم ہو جاتا ہے۔ آخر الذکر گوانیڈین (guanidine) اور ہسٹامین (histamine) کے تسمم میں بھی واقع ہو جاتا ہے، اور یہ دونوں تکزز کا سبب ہوتے ہیں۔ نزد درقیہ برآری (parathyroidectomy) خود آکسیجن کے تناؤ کو کم نہیں کرتی، اگرچہ یہ ممکن ہے کہ پست دموی کیلسیئم کی وجہ سے خلیوں کی آکسیجنی رسد میں مزاحمت ہو جاتی ہو۔ ایسی مزاحمت کا وقوع سیانائڈ کے تسمم (cyanide poisoning) میں ہونا معلوم ہے۔ تجربی تکزز پیدا کرنے کا ایک دوسرا طریقہ یہ ہے کہ ایک ایسے کتے کے معدے کو جس کا بواب تسدد کر دیا گیا ہو، بار بار دھو ڈالیں۔ سوڈیئم کلورائڈ کے دروں وریدی استعمال سے یہ تکزز موقوف کیا جا سکتا ہے۔ چنانچہ تکسع معدے (dilated stomach) تسدد معوی (intestinal obstruction)، اور معدی قولونی ناسور (gastro-colic fistula)، ان سب کے تکزز کے متعلق یہ تصور کیا جا سکتا ہے کہ اس کا سبب جسم سے کلورائیڈ کا نقصان ہے۔ اور ان اصابتوں میں پلازمائی کلورائیڈ پست اور پلازمائی بائی کاربونیٹ بلند پایا گیا ہے، اور خون میں یوریا کی زیادتی بھی موجود ہوتی ہے۔ ان اصابتوں میں تکزز قلی دمویت کی وجہ سے نہیں ہوتا (88)، اور ممکن ہے کہ یہاں بھی وہ پست

روانی کیلسیم کی وجہ سے ہو (24)۔ چنانچہ ہسٹریائی بیش تنفس میں دماغی نخاعی سیال میں پست کیلسیم پایا گیا ہے۔

عضلات ۔ ممکن ہے کہ حملہ سے چند گھنٹے یا چند دن پہلے کسیقدر بے قراری یا کسلمندی یا بازوؤں کی اکڑ یا جھنجھنی محسوس ہو۔ بعض اوقات دورہ بلاکسی انتباہ کے ناگہانی طور پر ہوجاتا ہے۔ ایسی حالت میں ہاتھ کلائیوں پر مڑجاتے ہیں، انگلیاں بعدرسغی سُلامی جوڑوں پر خمیدہ، سُلامی جوڑوں پر پھیلی ہوئی، اور باہم مضبوط دبی ہوئی ہوتی ہیں اور انگوٹھے ہتھیلیوں کے اندر خمیدہ ہوتے ہیں، چنانچہ انگلیاں ایک مخروط بنادیتی ہیں (یدِ قابلہ "main d'accoucheur" =) کہنیاں قدرے خمیدہ، اور بازو جانبوں سے مقرب ہوتے ہیں۔ بعض اوقات چاروں انگلیاں ہاتھ کے اندر خمیدہ، کلائیاں پھیلی ہوئی، اور کہنیاں کامل طور پر خمیدہ ہوتی ہیں۔ جوارح اسفل میں، پاؤں ٹانگ پر پھیلا ہوا، حارہ خمیدہ، اور پاؤں کی انگلیاں خمیدہ اور باہم ملی ہوئی ہوتی ہیں۔ یہ ممیز انقباضات ہیں اور بیشتر اصابتوں میں صرف یہی واقع ہوتے ہیں۔ نہایت شدید اصابتوں میں شکم، سینہ، چہرے اور زبان کے عضلات کا تشنج پیدا ہوجاتا ہے، نیز پشت کے عضلات میں تشنج ہونے سے خفیف سی پس طنابی، اور آنکھوں کے عضلات کے تشنج سے حَوَل پیدا ہوجاتا ہے۔ ممکن ہے کہ ماؤف حصوں میں کسیقدر اینٹھن جیسا درد ہو، اور ہاتھوں کی پشت متورم اور وریدیں متمدد ہوں۔ ممکن ہے کہ پسینہ، تمتماہٹ، اور تپش کا خفیف سا ارتفاع ہو۔ یہ تشنج پانچ تا پندرہ منٹ میں موقوف ہوجاتا ہے، یا ایک دو یا زائد گھنٹوں تک جاری رہتا ہے۔ وہ بتدریج رفع ہوکر چند گھنٹوں یا دنوں کے وقفے کے بعد پھر مکرر ہوتا ہے۔

اِن وقفوں کے دوران میں اعصاب و عضلات میکانی خراش سے زیادہ اثرپذیری ظاہر کرتے ہیں (Chvostek)۔ اعصاب کے قرع سے متناظر عضلات میں انقباضات پیدا ہوجاتے ہیں، اور یہ امر چہرہ میں عظم الوجنہ اور زاویۂ دہن کے بالکل بیچوں بیچ قرع کرنے سے خوب ظاہر ہوتا ہے۔ چہرے کو اوپر سے نیچے کی طرف سہلانے سے یکے بعد دیگرے عضلات کا انقباض پیدا ہوجاتا ہے۔

ٹراؤسو (Trousseau) نے پہلے بتلایا کہ بازوؤں کو مضبوط پکڑنے سے، یا اعصاب و شرائین کو دبانے سے، ان وقفوں کے زمانہ میں تازہ دورے پیدا کئے جا سکتے ہیں۔ نیز حرکی اعصاب فرادیّت سے غیر معمولی طور پر اثر پذیر ہوتے ہیں، اور گلوانیت سے تو اور بھی زیادہ (Erb)۔ اگر ۲ ملی ایمپیر سے نیچے کی گلوانی روئیں زیر برقیرہ کو بند کرنے یا زیر برقیرہ کو کھولنے پر انقباض پیدا کر دیں تو اس سے ظاہر ہوگا کہ بیش تحریک پذیری موجود ہے، جو تکزز کی موجودگی کی دلالت ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 628)۔ طبعی جولت ۵ ر ۲ اور ۳ ملی ایمپیر کے درمیان ہے۔

490

لیکن دوروں کے درمیان وقفہ ہمیشہ نہیں ہوتا۔ بچوں میں مسلسل تشنج زیادہ عام ہے، اور بالغوں میں ممکن ہے کہ تشنج کلی طور پر ڈھیلا نہ ہو، اسی واسطے اس شکل کے تشنج کو مُتَصِفتی، اور اس شکل کو جس میں کامل سکون کے وقفے ہوں مُتَوَقِف کہتے ہیں۔ مخفی تکزز (latent tetany) میں جو خاصہ عام ہے، تشنج کے حملے خود رُو نہیں ہوتے۔

مکتسح بچوں میں عصبی نظام کی غیر معمولی تحریک پذیری نہ صرف تکزز کی صورت میں، بلکہ صرصری تشنج حنجرہ (laryngismus stridulus)، اور تشنجات سے بھی ظاہر ہوتی ہے۔

نزد درقینتی تکززمیں، عدسی عتمات، جو کہ ابتدائی درجوں میں ایک شگافی چراغ (slit-lamp) کے ذریعہ مشاہدہ کرائے جا سکتے ہیں، ناخنوں کا بھربھراپن اور حیدیت (ridging)، ناقص مینا کی وجہ سے دانتوں کی متعرض حیدیت، اور بالوں کا گر جانا واقع ہو سکتا ہے (21)۔

یہ مرض چند دنوں سے لے کر چند ہفتوں تک جاری رہتا ہے اور قاعدہ ہی کہ شفایابی ہو جاتی ہے۔ کبھی کبھی صحتیابی کے بعد تھوڑے عرصہ تک ٹانگوں کی کچھ کمزوری باقی رہ جاتی ہے، اور عضلی ذبول اور ریشکی لرزش بھی دیکھی گئی ہے۔ لیکن جب دورے شدید ہوں تو موت خستگی سے، یا ذات الجنب سے (جو تنفسی مزاحمت کا نتیجہ ہوتا ہے)، یا بچوں میں اسی اسہال کی وجہ سے واقع ہو جاتی ہے جس نے تکزز کو پیدا کر دیا تھا۔

تشخیص - تشنجات کی توزیع، یعنے اُن کا بالخصوص ہاتھوں اور بازوؤں میں واقع ہونا، اِس مرض کو کزاز (tetanus) سے ممیز کرتا ہے۔ ھسٹیریائی انقباضات تکزز کی شکل اختیار کرسکتے ہیں۔ وہ عموماً یک جانبی ہوتے ہیں اور دوسری ہسٹیریائی حالتوں کے ہمراہ واقع ہوتے ہیں۔ مخفی تکزز (latent tetany) کی تشخیص اَمارات واسٹیک وٹراؤشو کی مدد سے کی جاسکتی ہے اور بعض اُن علامات کی موجودگی پر سے جو عموماً اُس کے ساتھ وابستہ ہوتے ہیں، یعنے دانتوں کے مینا کے نقائص، گرد نواتی نزول الماء (perınuclear cataracts)، بالوں اور ناخنوں کے اَسوادِ تغذیہ، اور متوالی التہاب ملتحمہ۔

علاج - پیرا تھارمون (parathormone) تحت الجلدی، دروں عضلی یا دروں وریدی راہ سے روزانہ ۱۰ تا ۳۰ یونٹس دیا جائے۔ بیش معتادی کی سب سے پہلی علامت قئے ہوتی ہے۔ کیلسیم کلورائڈ (calcium chloride) (۱۵۔۲۰ گرین، شیرخوار بچوں کی حالت میں) براہ دہن ہر چوتھے گھنٹے دیا جاتا ہے (25)- کلورین دورانِ خون کے اندر جاکر کلورائڈ کی کمی کی تلافی کردیتی ہے، اور کیلسیم امعاء سے خارج ہوجاتا ہے۔ اَیمونیم کلورائڈ (ammonium chloride) بھی بڑی معتادوں میں آزمایا جائے۔ اِس کا اَیمونیا یوریا میں تبدیل ہوجاتا ہے، چنانچہ اس صورت میں بھی ہائڈروکلورک ایسڈ سے فائدہ حاصل کیا جاسکتا ہے۔ یہ دوائیں براہِ معاء مستقیم بھی دی جاسکتی ہیں۔ مریض کی مُعدہ حالت کو حتی الامکان دور کردینا چاہیے۔ مثلاً معدی اتساع کا علاج جراحی عملیہ (معدی صائمی تفجیر = gastro-jejunostomy) کے ذریعہ سے کرنا چاہیے۔ بچوں میں اسہال کا علاج کرنا چاہیے، اور کساحتہ (rickets) کا تدارک روغن کاڈلیور، فولاد، مناسب غذا، وغیرہ سے کرنا چاہیے۔ عورتیں اپنے بچوں کو دودھ پلانا چھوڑدیں، اور فولاد اور دوسرے مقویات استعمال کریں۔

غدۂ تیموسیہ

(THYMUS GLAND)

غدۂ تیموسیہ کا وزن، پیدائش سے لے کر ایک سال تک، وزن جسم کا تقریباً ½ فی صدی ہوتا ہے، اور ۱۱ اور ۱۶ سال کے درمیان اُس وزن کا ۰۵ء۰ فیصدی ہوتا ہے لیکن اگر احتیاط کے ساتھ تلاش کیا جائے تو بالغ عمر میں بھی اِس کا باقی حصّہ مِل سکتا ہے، جو لیفی اور شحمی بافت، لمفی خلیوں کے جُزیرات، اور چند جُسیماتِ ہیسل (Hassall's corpuscles) پر مشتمل ہوتا ہے (Dudgeon)۔ ذبول میں جو بچوں میں ضمور (marasmus) یا تدرن یا دوسرے مزمن ہزال آفریں امراض کے ہمراہ پایا جاتا ہے، یہ غدہ جسامت میں گھٹ جاتا ہے۔ تیموسیہ کی کلانی، متعدد امراض میں پائی جاتی ہے، جن میں سے اہم ترین یہ ہیں :۔ بیض دمویت (leukæmia)، بالخصوص لمفائی قسم کی، مرضِ ہاجکن، جھوٹی گائٹر اور منترقی عضلی نہاکت (myasthenia gravis)۔ تدرن کے اثر سے غدہ متغیر ہو کر ایک لیفی جبنی تودہ بن سکتا ہے، اور غدے میں نو بالید بھی ہو سکتی ہے۔

زمانہ ماضی میں غدۂ تیموسیہ کی انتہائی اہمیت یہ بتائی گئی ہے کہ یہ اس حالت میں جو کہ تیموسی لمفی حالت (status thymo-lymphaticus) کے نام سے مشہور ہے، ناگہانی موت کا باعث ہوتا ہے۔ یہ تشخیص ایسی موت کی توجیہ کے لئے کی گئی ہے جو معدم حس کے تحت خاص طور پر بچوں میں واقع ہو، اور موت کا سبب واضح نہ ہو۔ اِن اصابتوں میں بسا اوقات تمام جسم کی لمفی بافتوں کی عام بیش تکوین پائی جاتی ہے، اور تیموسیہ کو بڑھا ہوا سمجھا گیا ہے۔ لیکن اس کے خلاف واقعہ یہ ہے کہ لمفی بافت کی مقدار غالباً اُس سے ہرگز زیادہ نہیں ہوتی کہ جتنی ایک طبعی بچہ میں موجود ہوتی ہے، گو کہ ایک ایسے بچے میں جو ہزال آفریں مرض سے مرا ہو لمفی بافت ذبول ظاہر کرتی ہے۔ تازہ تحقیقات سے اب یہ پتہ چلا ہے کہ

تیموسی غدہ بھی طبعی حدود کے اندر ہوتا ہے' لہذا تیموسی لمفی حالت کی تشخیص کسی حقیقت پر مبنی نہیں' اور مستقبل میں ایسی اموات کو معدم حس کی طرف براہ راست منسوب کرنا چاہئے' یا ناگہانی موت کی دوسری مثالوں میں کسی نامعلوم سبب کی طرف۔

فوق الکلیہ کیسے

(SUPRARENAL CAPSULES)

فوق الکلیہ کیسے دو حصوں پر مشتمل ہیں :۔

۱۔ قشرہ (cortex) (بین کلوی نظام = interrenal system) میاں آدمی خلیوں سے ماخوذ ہوتا ہے' جو اعضائے تناسل سے قریبی تعلق رکھتے ہیں۔ اس میں کالیسٹرین ایسٹر (cholesterin esters) اور لیسیتھین (lecithin) بڑی مقدار میں موجود ہوتے ہیں' اور اس کا زرد رنگ انہیں کی وجہ سے ہوتا ہے۔ اس کا وزن پورے غدے کا ۹۰ فی صدی ہوتا ہے' اور وہ دوران حمل میں کسیقدر زیادہ بڑا ہوجاتا ہے۔ قشرہ کے لیپائڈ زساری نوعیت کے ایک حاد حموی مرض کے باعث جو کہ مہلک ہوتا ہے چند ہی روز میں غائب ہوجاتے ہیں' اس کے برعکس وہ خوام کی حالتوں' مثلاً خبیث مرض میں' خارج نہیں ہوتے۔ اس لحاظ سے وہ معمولی جسمانی شحم کے بالکل برعکس خاصہ ظاہر کرتے ہیں۔ قشرہ صنف کے ساتھ تعلق رکھتا ہے۔ شاذ اما بتوں میں جہاں قشرہ بیش پرورده ہوتا ہے' اعضائے تناسل کا نمو متبادر ہوتا ہے اور مردانہ خصایص کی زیادتی پائی جاتی ہے۔ زیادہ عام طور پر یہ علامات قشرہ کے سرطان سے پیدا ہوجاتے ہیں (جو ملاحظہ ہو)۔ اس کے برعکس فوق الکلیوں کی ناقص تکوین' بعض اوقات اعضائے تناسل سے بالوں کے غائب ہوجانے یا ابتدا ہی سے ان بالوں کی غیر موجودگی' اور اعضائے تناسل کی ناقص تکوین کی حالتوں میں دیکھی گئی ہے۔ قشرہ میں ایک ترجیحی شئے ہیکسیورانک ایسڈ یا اے سکاربک (hexuronic acid or ascorbic)' حیاتین ج سے مماثل (ملاحظہ ہو) موجود ہوتی ہے' جو جسم کے آکسی ڈیسیز (oxidases) کا امتناع کرتی ہے۔

جب یہ ترجیعی شئے غیر موجود ہو جیسے کہ مرض ایڈیسن میں تو یہ آکسیڈیسیز جسم کے ترکیبی سالمات کے ہائڈروکیونون گروہوں (hydroquinone groupings) کو سیاہ رنگ رکھنے والے کیونون گروہوں (quinone groupings) میں متغیر کرنے میں پورے طور پر کارفرما ہوتے ہیں اور اس طرح جسم کو رنگ دیتے ہیں (27)۔ ہوا میں کھلے رہنے پر ایک تازہ کٹے ہوئے سیب کا سیاہ پڑجانا بھی تکسید کی وجہ سے ہی ہوتا ہے۔ آخراً یہ کہ قشرہ میں ایک نوعی مادہ موجود ہوتا ہے جو کہ ایڈیسن کے مرض کو روکتا ہے اور فوق الکلوی قشری خلاصہ (suprarenal cortical extract)، ایسکاٹین (eschatin)، یوکارٹون (eucortone)، یا کارٹین (cortin) کے نام سے مشہور ہے۔

۲۔ لب (medulla) انھیں خلیوں سے اخذ ہوتا ہے جن سے مشارکی عصبی نظام کے عقدی خلیے ماخوذ ہوتے ہیں۔ بائکرومیٹ (bichromate) سے وہ ممیز و مخصوص تلوینی تعامل ظاہر کرتا ہے اور اسی واسطے اُسے ایک کرومافینی جسم (chromaffine body) کہتے ہیں۔ وہ ایڈرینین (adrenin) یا ایپی نیفرین (epinephrin) نام کی ایک شئے تیار کرتا ہے جو بذریعہ تالیف بھی تیار کرلی گئی ہے اور کیمیائی لحاظ سے آرتھوڈائی آکسی فینائل ایتھانال میتھائل امین (ortho-dioxyphenyl-ethanol-methylamine) ہے۔ احشائی اعصاب کو متہیج کرنے پر یہ شئے خون کے اندر منصب ہو جاتی ہے۔ یہ تمام مشارکی عصبی منتہاؤں پر ایک قوی اثر رکھتی ہے۔ طبعی حالات کے تحت دوران خون کے اندر یہ انصباب اُس وقت واقع ہوتا ہے جب کہ تحریک، درد، خوف اور غصہ کے قوی جذبات پیدا ہوتے ہیں۔ اس حالت میں ہضم اور تجدید پیدائش سے متعلق اعمال کا امتناع ہو جاتا ہے۔ حیوان جنگ کے لئے یا فرار ہونے کے لئے مستعد ہو جاتا ہے۔ اس کی پتلیاں پھیل جاتی ہیں۔ جلد پھیکے رنگ کی ہو جاتی ہے۔ بال کھڑے ہو جاتے ہیں۔ حرکتِ قلب تیز ہو جاتی ہے۔ جگر پر اس شئے کے فعل سے خون میں شکر زیادہ ہو جاتی ہے۔ ڈھانچہ کے عضلات زیادہ قوت ظاہر کرتے ہیں اور جلد نہیں تھکتے۔ خون کی ترویب پذیری زیادہ ہو جاتی ہے، اور اگر وہ حیوان زخمی ہو جائے تو ترویب کی یہ زیادتی کارآمد ہوتی ہے۔ اس میں شک

نہیں ہو سکتا کہ ایک دیوانے شخص کی طاقت، جو ضرب الامثال میں پائی جاتی ہے، ایڈرینین کے انصباب کے باعث ہوتی ہے، اور اسکے محافظوں میں جو اسکی قوت محسوس کرتے ہیں، مماثل قوی جذبات کارفرما نہیں ہوتے۔ عتاہت متبادرہ (dementia præcox) میں یہ پایا گیا ہے کہ لُب قلیل ہوتا ہے اور نسیجیاتی تغیرات ظاہر کرتا ہے (28)۔

یہ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ بدن میں پیدا شدہ حرارت کی تنظیم بڑی حد تک ایڈرینین کی رسد کی وجہ سے ہوتی ہے، جو جگر پر عمل کرتی اور گلائکوجن کو منتقل کرتی ہے، اور یہ کہ تپ ایڈرینین کے سریع انصباب کا نتیجہ ہوتی ہے۔ اس مفروضہ کی بنا پر وہ ناگہانی شدید تپ جو لُب کے اندر نزف یا شدید امتلا کے ہمراہ پائی جاتی ہے، حاد بیش ایڈرینالیت (hyper-adrenalism) کی علامت ہے (15)۔ ایسے نزفات عموماً نوعی حمیات، مثلاً ملیریا، ذات الریہ، سرخ بادہ، پرپیورا وغیرہ کے باعث ہوتے ہیں، جن میں لُب کے امتلا کی توقع ہو سکتی ہے۔ لیکن یہ نزف فوق الکلوی وریدوں کی علقیت کے باعث بھی واقع ہو سکتا ہے۔ اور اسی واسطے اس حالت میں تپ سرایت کی وجہ سے ہرگز نہیں ہوتی بلکہ مشارکی تہیج کے باعث ہوتی ہے۔ یہ ایک "مشارکی تپ" ("sympathetic fever") ہے۔

492

ان میں سے بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ تپ جاتی رہے اور اس کے بعد تحت الطبعی تپش، نہاکت اور ہبوط واقع ہو جائے۔ یہ حاد قلیل ایڈرینالیت (hypo-adrenalism) کے علامات ہیں، جو لُب کے تلف ہو جانے کے باعث پیدا ہو جاتے ہیں۔ اس تعلق میں یہ یاد رکھنے کے قابل ہے کہ عام ضیق کے ساتھ بتدریج ہلاکت کو پہنچنے والے اشخاص میں لُب کا ایڈرینالینی مافیہ ۲ء۰ ملی گرام سے لے کر ۳ء۲ ملی گرام تک پایا جائے گا، درآں حالیکہ ناگہانی موت کی مثالوں میں اسکی مقدار ۵ء۴ ملی گرام ہوتی ہے۔ حاد قلیل ایڈرینالینیت کے دوسرے علامات شراسیفی درد کا ناگہانی حملہ اور اکیمیت ہیں، اور اس کے بعد شکم کا تمدد۔ اور تشنجات، قوما اور ہذیان، یا ایک محرقی درجہ۔

مرضِ ایڈیسن

(Addison's disease)

اس مرض کو سب سے پہلے ڈاکٹر تھامس ایڈیسن نے ۱۸۵۵ء میں بیان کیا۔

بحث اسباب ۔ یہ مرض ہر عمر میں ہو سکتا ہے، اور ذکور میں نسبتاً زیادہ عام ہے۔ تدرّن ایک نہایت کثیر الوقوع سبب ہے۔ بعض اصابتوں میں فوق الکلوی کیسے ماسبق سل ریوی، یا شوکی بوسیدگی (spinal caries) یا خصری خراج (psoas abscess) سے سرائت زدہ ہو جاتے ہیں۔ لیکن بہت سی اصابتوں میں یہ ان غدد کی ایک ادلی ورنی سرایت ہوتی ہے۔ تراشنے پر یہ نیم شفاف رمادی یا سبزی مائل رمادی بافت اور غیر شفاف زرد جبنی جرم کا ایک مجموعہ ظاہر کرتے ہیں۔ بعض اوقات یہ جبنی مادہ نرم ہو کر ایک ریمی کیفہ بن جاتا ہے۔ ۲۵ فی صدی اصابتوں میں تغیر صرف یہی ہوتا ہے کہ قشرہ کا ذبول واقع ہو جاتا ہے (29)۔ دوسری مثالوں میں ان غدد پر سلعہ کا حملہ ہوتا ہے، یا عروق کی علقیت واقع ہو کر خون کی وعا بدری ہوتی ہے۔

امراضیات ۔ مرضِ ایڈیسن فوق الکلیہ کے قشرہ کے اتلاف کے باعث ہوتا ہے جس سے اے سکاربک ایسڈ (ascorbic acid) کا فقدان ہو جاتا ہے جس کا نتیجہ، جیسا کہ پہلے سمجھایا گیا ہے، لونیت ہوتی ہے۔ نیز نوعی قشری مادہ کی عدم موجودگی پلازما کے سوڈیم کلورائیڈ کا سقوط، پوٹاسیم کا ارتفاع، اور نائٹروجینی مادوں کا کلوی احتباس پیدا کرتی ہے۔ گردے اب بھی بہت سے کلورائیڈ اور دافر پانی کا اخراج کرتے ہیں۔ یہ حیاتی کیمیائی تغیرات خون کے ارتکاز کی وجہ سے کثیر خلوی دمویت، دباؤ کی کمی اور اس مرض کی عمومی نہاکت، اور شاید معدی معوی اختلالات پیدا کر دیتے ہیں۔ اساسی تحول طبعی درجہ سے نیچے پایا گیا ہے (4)۔

علامات ۔ اہم علامات یہ ہوتے ہیں:۔ کمزوری، خون کے دباؤ کی کمی قئے، اور لونیّت۔ آغاز مرض عموماً غیر محسوس طور پر ہوتا ہے اور مریض کو بتدریج کمزوری، انخفاض، نڈھال پن اور محنت کے لئے بے رغبتی کی شکایت ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ کوکھوں، مَراق یا شراسیف میں درد ہو۔ قلب کا فعل نہایت ضعیف

ہوتا ہے، اور بستر میں اٹھنے پر غشی یا دورانِ سر، یا محنت کرنے پر سانس کا پھولنا یا اختلاج ہوتا ہے۔ نبض کے ضربات فی منٹ اسی سے نوے تک ہوتے ہیں، اور وہ صغیر و ضعیف ہوتی ہے۔ خون کا دباؤ نہایت کم ہوتا ہے، اور اتنا کم کہ پارے کا ۸۰ یا ۶۰ ملی میٹر ہوتا ہے۔ اشتہا عموماً کم ہوتی ہے، اور متلی، ابکائیاں اور قئے مرض کے اہم مظاہر ہیں۔ جوں ہی کہ بحران ہوتا ہے، ادرار البول اور اس کے ساتھ خون کا ارتکاز اور کثیر خلوی دمویت پیدا ہوتی ہے۔ چڑچڑا پن اور بے چینی بعض اوقات نہایت نمایاں ہوتی ہے۔ جلد کی عجیب و غریب بد رنگی ایک ایسی علامت ہے جو سب سے زیادہ جاذب توجہ رہی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ علامت متذکرۂ بالا عمومی علامات کے ساتھ ساتھ دیکھی جائے، یا اُن سے پہلے نمو یاب ہو جائے، یا اُن کے نمایاں ہونے کے کئی ماہ بعد واقع ہو۔ اصابتوں کے اس آخری گروہ میں اگر عمومی علامات نہایت شدید ہیں تو ممکن ہے کہ وہ جلد کے ماؤف ہونے سے پہلے ہی مہلک ثابت ہو جائیں۔ چنانچہ بعض اوقات مرض ایڈیسن میں لونیت غیر موجود ہوتی ہے اور اس کی توجیہہ اسی طرح کی جاتی ہے۔ یہ لونیت یا سمرت، اپنی ہلکی چھائیوں میں قاتم یا زردی مائل بھوری اور بعض اوقات زیتونی یا سبزی مائل بھوری رنگت کی ہوتی ہے۔ اس کی زیادہ نمایاں شکل میں جلد کا رنگ گہرا بھورا ایک خلاسی کے رنگ کی طرح ہوتا ہے۔ یہ لونیت عموماً اولاً جلد کے اُن حصوں کو متاثر کرتی ہے جو قدرتی طور پر کھلے ہوئے ہوتے ہیں، جیسے کہ چہرہ، گردن، ہاتھوں اور انگلیوں کی پشت، لیکن جلد الراس یا مونچھوں کے نیچے لب کی جلد غیر متاثر رہتی ہے۔ دوم یہ اُن حصوں کو متاثر کرتی ہے جو قدرتی طور پر دوسرے حصوں کے نسبت زیادہ رنگ دار ہوتے ہیں، جیسے کہ بغلیں، قضیب، صفن اور چھٹنیوں کے ہالیزے۔ سوم، یہ دباؤ اور خفیف چوٹ کے مقامات کو متاثر کرتی ہے، جیسے کہ عورتوں میں موزہ بندوں اور کمر بندوں کے نشانات، اور وہ مقامات جہاں آبلہ آور اور پلستر لگائے گئے ہوں۔ لیکن جلد کو تلف کر دینے والے زخموں کے ندبات سپید ہی رہتے ہیں اور رنگ کی ایک گہری تہ اُن کی سرحد بناتی ہے۔ بعض اوقات ہتھیلیوں کی گہری لکیریں سیاہ ہو جاتی ہیں۔ ممکن ہے کہ جلد کے

اُن حصوں پر جو سیاہ ہو گئے ہیں چھوٹے چھوٹے سیاہ دھبے، تلوں یا چھائیوں کی طرح نظر آئیں۔ ترقی یافتہ اصابتوں میں ممکن ہے کہ سارے جسم پر لونیت چھا جائے۔ لیکن اس درجہ تک پہنچنے سے پہلے ہی ہمیں مرض کو عموماً پہچان لینے کے لئے تیار رہنا چاہئے اور فی الحقیقت بہت سے مریض ایسی عام لونیت کے وقوع سے پہلے ہی ہلاک ہو جاتے ہیں۔ یہ لونیت جلد ہی تک محدود نہیں ہوتی۔ اکثر ہر لب کی اندرونی جانب پر ایک آسمانی مائل سیاہ لکیر مخاطی غشاء کے برابر برابر اور اسکے اور جلد کے اتصال کے خط کے متوازی دوڑتی ہوئی نظر آسکتی ہے۔ اور ممکن ہے کہ دوسری زیادہ بے قاعدہ چکتیاں گال کی مخاطی غشا پر اور زبان کی جانب پر واقع ہوں۔ معلوم ہوتا ہے کہ ان میں سے بعض بوسیدہ دانتوں کی موجودگی اور اُن کی خراش پر منحصر ہوتی ہیں۔ بالعموم تپش طبعی درجہ پر ہوتی ہے اور بول طبعی ہوتا ہے۔ اگرچہ مریض کمزور ہوتا ہے، لیکن اُس کا منحول یا عدیم الدم ہونا لازمی نہیں۔ بلکہ ممکن ہے کہ تحت الجلد شحم کی خاصی موٹی تہ اُس کے خاتمہ تک باقی رہے۔

مرض کا ممر نہایت تغیر پذیر ہوتا ہے۔ اشتدادات اور فترات اس کے نمایاں خصائص ہوتے ہیں، اور شدید مرض کے زمانے، جو مریض کو فریش رکھتے ہیں، متقابلتہً پُرصحت زمانوں کے ساتھ تبادل ہوتے ہیں۔ لیکن ہر تازہ اشتداد کے بعد مریض یقیناً پہلے کے نسبت خراب تر حالت میں ہوتا ہے۔ مدتِ مرض چند ماہ سے لے کر چھ یا سات سال تک ہوتی ہے۔ موت زیادہ تر نہاکت کی وجہ سے واقع ہو جاتی ہے، کیونکہ مریض بتدریج زیادہ سے زیادہ کمزور ہو کر غنودگی کی یا نیم توامی حالت میں پہنچ جاتا ہے، جس میں نبض زیادہ ضعیف ہوتی جاتی ہے۔ کبھی کبھی ہذیان اور تشنجات اس منظر کا خاتمہ کر دیتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں عام علامات اور نہایت خفیف سی لونیت صرف چند مہینوں تک دیکھی گئی ہے، اور پھر انتہائی انبطاح واقع ہو کر چند ہی ہفتوں میں مریض کا خاتمہ ہو جاتا ہے۔

تشخیص ۔ مندرجۂ ذیل غلطیاں ہونے کا نہایت امکان ہوتا ہے:۔

(۱) دوسری کسی بدرنگی کو مرضِ ایڈیسن سمجھ لینا۔ (۲) جب لونیت خفیف یا غیر موجود ہو، علاماتِ مرض کی شناخت میں ناکام رہنا۔ وہ بدرنگیاں جو غلطی سے

مرض ایڈیسن سمجھی جاسکتی ہیں حسب ذیل ہیں: خفیف یرقان' یا متلف عل م دمویت (pernicious anæmia) کی بدرنگی۔ تقمل (phtheiriasis) جسکی شناخت خراشیدگیوں سے' اور لونیت کے اُن حصوں میں محدود ہونے سے کی جاسکتی ہے جہاں تک اُنگلیوں کے ناخن پہنچ سکتے ہیں' نیز چہرہ بالکل متاثر نہ ہونے سے۔ ملیریا اور سلِ ریوی کی پھیکی اور مٹیالی رنگت۔ کلف رحمی (chloasma uterinum) عورتوں میں۔ اور سعفۂ مختلف الالوان (tinea versicolor)۔ ابتدائی درجوں میں' جن میں سیاہی زیادہ نہیں ہوتی' بلا سبب کمزوری' اور ساتھ ہی ضعیف وصغیر نبض' اور قئے تشخیصی خصائص ہوتے ہیں۔ حیاتی کیمیائی اور علاجی کاشفایت سب سے زیادہ یقینی ہیں۔ علامات ایک بے نمک غذا سے زیادہ شدید ہوجاتی ہیں (اگرچہ یہ خطرہ سے خالی نہیں) اور نمک دینے سے اُن میں اصلاح ہوجاتی ہے اور قشری خلاصہ سے وہ غائب ہوجاتی ہیں۔ آخرالذکر بلازما کے کلورائیڈ کو مرتفع کردیتا اور دوسرے غیر طبعی حیاتی کیمیائی تغیرات کو زائل کردیتا ہے۔

علاج - یہ طب میں نہایت ہی جدید ترقیوں کا آئینہ دار ہے۔ نمک' روزانہ ۱۰ - ۱۵ گرین کی معتادوں میں' مرض میں تخفیف پیدا کرتا ہے۔ کارٹین ۱۰ سی سی تک کا روزانہ زیر جلدی اشراب علامات کو بالکل دور کردیتا ہے اور لونیت غائب ہوجاتی ہے۔ اس قیمتی دوا کی بہت حد تک ضرورت نہیں پڑتی' بشرطیکہ نمک دیا جائے۔ لونیت' لے سکاربک ایسڈ دینے سے غائب ہوجاتی ہے (ملاحظہ ہو)۔

فوق الکلیہ کیسوں کی رسولیاں

ان غدد کو ماؤف کرنے والی رسولیاں غدی سلعہ (adenoma)' لحمی سلعہ (sarcoma)' سرطان (carcinoma) اور عصبی ناہضی سلعہ (neuroblastoma) ہیں۔ لحمی سلعہ نہایت شاذ ہوتا ہے' اور صرف بالغوں میں پایا جاتا ہے۔ عصبی ناہضی سلعہ بچوں میں ہوتا ہے اور غدے کے لُب سے پیدا ہوتا ہے۔ وہ ایک خبیث بالیدہ

اور صغیر خلیہ لحمی سلعہ سے مشابہ ہوتی ہے، لیکن اُس میں گلچھے ہوتے ہیں، جو مرکزی عصبی نظام کے نوبایوں کا مخصوص و ممیز خاصہ ہیں۔ وہ ہڈیوں میں ثانوی جماؤ بہ آسانی پیدا کر دیتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ ایک بڑا تو دہ بنا دے جو غلطی سے کلوی رسولی سمجھ لیا جائے۔ تاوقتیکہ اس کا جلد استیصال نہ کیا جائے اُس کے مہلک ثابت ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ سرطان شاذ ہی اولی ہوتا ہے لیکن وہ عموماً وسیع ثانوی ضررات کا جز ہوتا ہے۔ اولی ہونے کی حالت میں وہ ایک صغیر خلیہ سرطان ہوتا ہے، جس سے نزف اور تنخر بآسانی پیدا ہو جاتا ہے۔ اِن خلیوں کی ترکیب اُنبیبی یا جوفیزی ہوتی ہے یا یہ عروق دمویہ کے گرد نصف قطری صورت میں جمع ہوتے ہیں۔ اور اِن میں فوق الکلوی قشرے سے ایک عام مشابہت ہوتی ہے۔ جسم کے مختلف حصوں میں سلعہ کا انتشار بذریعہ سروح واقع ہو سکتا ہے۔ جب یہ بالیدہ موجود ہوتی ہے تو اُس سے سلعی خلیات کی فعالیت (بیش بین کلویت hyper-interrenopathy=) کے باعث مخصوص اور ممیز علامات پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہی علامات قشرے کی سادہ بیش پرورش کی حالت میں بھی دیکھے جاتے ہیں۔ اگر فتور دروں رحمی حیات کے دوران میں شروع ہوا ہے تو نسائی خنوثیت کاذبہ (female pseudo-hæmaphroditism) دیکھی جاتی ہے، یعنی وہ فرد حقیقت عورت ہوتی ہے، کیونکہ مبیضین موجود ہوتے ہیں، لیکن بیرونی خصایص مردانہ ہوتے ہیں۔ یہ حالت پیدایشی ہوتی ہے اور اس کا سبب عموماً دوجانبی قشری بیش تکوین ہے۔ جب یہ مرض پیدایش کے بعد جلد ہی شروع ہو جاتا ہے تو وہ حالت پیدا کر دیتا ہے جسے بلوغ قبل از وقت کہتے ہیں۔ یہ بچے تنیمم ہوتے ہیں۔ لڑکوں میں تبادر اور متجاوز الحد تناسلی نمو پیدا ہو جاتا ہے۔ بڑی عضلی طاقت نمودار ہو کر وہ حالت پیدا ہو جاتی ہے، جیسے صبیانی هرکیولی قسم (infantile Hercules type) کہتے ہیں۔ چہرے پر بال نمودار ہو جاتے ہیں اور تناسلی وظائف بڑھے ہوتے ہیں۔ کہا ہے تانیث (feminisation) یا ہم صنفی تبادر پیدا ہو جاتا ہے۔ لڑکیوں میں بالعموم تذکیر ہوتی ہے، یا دگر صنفی تبادر، بظر کی بیش پرورش بالوں کی بالیدگی اور آواز کے گہرے پن کے ساتھ واقع ہوتا ہے لیکن ہم صنفی

494

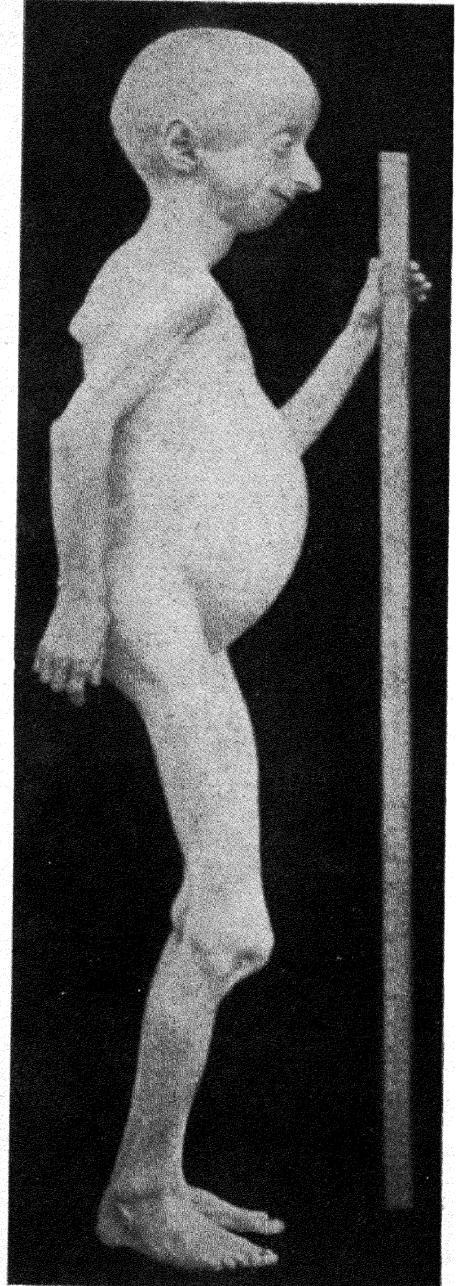
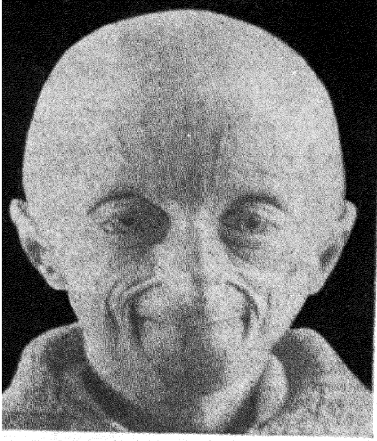
تبادر بھی بیان کیا گیا ہے اور ممکن ہے کہ اُن میں حیض جلد شروع ہو جائے ۔ مابعد زندگی میں بیش وین کلویت سے بالغ غیر طبعی شعرانیت یا مسترجلیت پیدا ہو جاتی ہے ۔ عورتوں میں بعض مردانہ خصایص دیکھے جاتے ہیں ۔ چہرے پر بال نکل آتے ہیں اور جسم کے دوسرے مقامات کے بال زیادہ ہو جاتے ہیں ۔ حیض اور پستانوں کا نمو غیر موجود ہوتا ہے جسمانی طاقت زیادہ ہوتی ہے اور ذہنی علامات جن سے ترجل عیاں ہوتا ہے جیسے کہ ہجومیت اور انانیت پیدا ہو جاتے ہیں ۔ تشیخ (progeria) یا قبل از وقت شیخوخت کی حالت میں جو کہ صحفہ ۳۸ میں بتائی گئی ہے فوق الکلوی رقبوں میں دو جانبی سلعات پائے جاتے ہیں اور نخامی ماؤفیت کا کوئی ثبوت نہیں ملتا جیسا کہ دوسری اصابتوں میں پایا جاتا ہے ۔ شرائیں دبازت یافتہ ہوتی ہیں اور دموی فشار دموی یوریا اور شکر بلند ہوتے ہیں اور مریض ذہین اور دوسرے بچوں کے ساتھ کھیلنے کا شوقین ہوتا ہے ۔

فوق الکلیہ کیسوں کے بعض دوسرے تغیرات کا تذکرہ بھی ضروری ہے ۔ التہاب اور تقیحی مرکزوں کے قرب کی وجہ سے خراج نزف تضرر کے باعث چربشی تغیر دیگر اعضا کے تغیر کے ساتھ جاوادسی درنے عام تدرن میں اور شاذ طور پر آتشکی صمغیۂ یہ سب اُن دوسری امراضیاتی حالتوں میں سے ہیں جو مل سکتی ہیں ۔

غدۂ نخامیہ

494

(PITUITARY GLAND)

یہ غدہ جسے اکثر زیر نامی (hypophysis) کہتے ہیں تین حصوں پر مشتمل ہے ۔ (۱) جزو مقدم یا جزو غدی (pars anterior or glandulosa) جو غدی بُروں ادمہ سے ماخوذ ہوتا ہے اور جس میں کولائڈی ودیرے ہوتے ہیں ۔ (۲) جزو موخر یا جزو عصبی (pars posterior or nervosa) جو عصبی مریشی ریشوں اور خلیوں پر مشتمل ہوتا ہے ۔ (۳) جزو وسطی (pars intermedia) جس کی ساخت غدی ہوتی ہے اور جو متذکرہ بالا دو اجزا کے

تشریح۔ ڈاکٹر ڈی ویرلو کی مریضہ لڑکی عمر ۱۲ سال۔ دو جانبی نوں الکلوی رسولیاں سحامی حصہ طبعی ہے شریانی دبارت' ارتفاع الضغط۔ ملبد دموی ستکر' نحیف برداشت مسن عورتوں کی سی چال ڈھال تیز فہم دوسرے بچوں کے ساتھ کھیلنے کی شائق ہے اسکے ہاتھ میں ایک عصائے میتری پکڑا ہوا ہے۔

درمیان واقع ہوتا ہے۔ جزو مقدم (لختۂ مقدم) سے نکلنے والا کولائڈ جزو موخر (لختۂ موخر) میں سے ہوکر بطین سویم کے اندر آتا ہے اور دماغی نخاعی سیال کے اندر پایا جاتا ہے۔

امراضیات ۔ تجربتہً چوہوں میں پایا گیا ہے کہ لختۂ مقدم کے نکال ڈالنے سے ان کی عام بالیدگی اور اعضائے تناسل کا نمو دونوں رک جاتے ہیں (قلیل نخامیت = hypopituitarism)۔ پھر اس غدہ کے فعال خلاصوں کے اشراب سے **عفریتیت** (gigantism) پیدا ہوجاتی ہے۔ انسان میں لختۂ مقدم کی بیش فعالیت (بیش نخامیت = hyperpituitarism) سے اوائل زندگی میں لمبی ہڈیوں کی بیش بالیدگی کے باعث عفریتیت اور بالغ زندگی میں جب کہ لمبی ہڈیوں کے برے بالآخر منتظم ہوجاتے ہیں، **کبر الجوارح** (acromegaly) پیدا ہوجاتا ہے۔ ان دونوں حالتوں میں اس بیش بالیدگی کے ساتھ غدۂ درقیہ اور غدہ نزد درقیہ اور فوق الکلوی قشرے کی بیش تکوین موجود ہوتی ہے، اور یہ بیش بالیدگی نہ صرف ہڈیوں تک محدود ہوتی ہے بلکہ جسم کی تمام ساختیں اس سے متاثر ہوتی ہیں، چنانچہ اس حالت کے لئے **کلاں جسمی** (macrosomia) کی اصطلاح کا استعمال بہتر ہوگا۔ تازہ تحقیقات سے مقدم لختہ کی اہمیت یہ ثابت ہوتی ہے کہ یہ تمام اقسام کی دروں افرازی فعالیت کو نیز کاربوہائڈریٹ کے تحول کو (ملاحظہ ہو قلیل شکر دمویت) منتظم رکھتا ہے۔ اگر نخامیہ کا مقدم لختہ برباد کردیا جائے، تو درقیہ، مبیضین، خصیتین، لبلبۂ فوق الکلیہ قشرہ اور شاید نزد درقیات میں انحطاطی تغیرات واقع ہوتے ہیں۔ ان کا سد باب مقدمی نخامی خلاصہ جات کے اشراب سے کیا جاسکتا ہے، جن سے مہیج الدرقیہ، مہیج المولدات (ملاحظہ ہو مولدات) اور مہیج فوق الکلیہ ہارمون تیار کئے گئے ہیں، نیز ایک ایسا ہارمون جو پستان میں ہیجان پیدا کرکے دودھ کا افراز پیدا کرتا ہے۔ یہ ہارمون غدۂ نخامیہ سے طبعی طور پر آزاد ہوکر جسم میں داخل ہوتے رہتے ہیں اور دوسرے دروں افرازی اعضا پر اقتدار رکھتے ہیں۔ مثال کے طور پر مہیج الدرقیہ ہارمون درقیہ کو ہیجان میں لاکر تھائرکسین پیدا کرتا اور اس طرح اساسی تحول کو بلند کرتا ہے۔

495

لیکن یہ بلندی دیر پا ثابت نہیں ہوتی، کیونکہ غدہ کی فعالیت کے جاری رہنے کے باوجود جسم کچھ ضد مہیج الدرقیہ مادہ پیدا کرتا ہے (40)۔ چنانچہ غدۂ نخامیہ کے دروں افرازی تعلقات پیچیدہ ہیں، اور اس کے ضررات مختلف کثیر الغددی علامیات پیدا کرتے ہیں جن کا انحصار اس امر پر ہے کہ کونسا خاص ہارمون مفقود ہے۔ ایک اسکیم نیچے درج ہے۔

مقدمی نخامی ہارمون

مہیج الدرقیہ غدہ درقیہ کو تہیج کرتا، اور اساسی تحول کو بلند کرتا ہے۔	مہیج فوق الکلیہ فوق الکلیہ قشرہ کو متہیج کرتا ہے۔	مہیج المولدات، (ا) ایک یرد لال سا مادہ جو بیض میں ہیجان پیدا کرکے (۱) ایسٹرن (۲) پروجیسٹن پیدا کرتا ہے۔
جو لبلبہ کو جانے والا	پستان کو جانے والا دودھ کے افراز کی تہییج کرتا ہے۔	(ب) خصیہ کو تہیج کرتا ہے۔
جو مہیج نزد درقیہ		

جزو موخر سے ایک خلاصہ (پیچوٹرین = pituitrin) حاصل ہوتا ہے جس میں دو ہارمون، صاغط العروق (پٹرسین = pitressin) اور مسرع الولادت (پٹوسین = pitocin) موجود ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ طبعاً کولائڈ کے ساتھ خارج ہو کر دماغی نخاعی سیال میں آجاتے ہیں۔ مسرع الولادت رحم پر براہ راست عمل کرتا ہے۔ ضاغط العروق معوی عضلے کو متہیج کرتا ہے اور عدیم الحس جانور میں خون کے دباؤ کو بھی بڑھا کر ادرار بول پیدا کرتا ہے، اور دماغی نخاعی سیال اور دودھ کے سیلان کو زیادہ کر دیتا ہے۔ لیکن غیر عدیم الحس انسان میں اس سے پیشاب کی مقدار کم ہو جاتی ہے۔ جزو موخر ایک اور مادہ بھی بہم پہنچاتا ہے جو کہ معدہ کے مفرز ترشہ خلیات کی نیز لب عظام کی بالیدگی کے لئے ضروری ہے۔ خرگوشوں میں اسکی بڑی مقداروں کا اشراب نزفی التہاب معدہ پیدا کرتا ہے، جو کہ مفرز ترشہ خلیات میں شروع ہوتا ہے۔

نخامی مرض میں اکثر پائی جانے والی شحمیت زیر عرشی خطے پر دباؤ پڑنے کے

باعث پیدا ہوتی ہے ۔ ذیابیطس ملیخ پر بعد میں غور کیا جائے گا ۔

مرضی تشریح ۔ غدۂ نخامیہ کے امراض مندرجہ ذیل اسباب کے باعث ہو سکتے ہیں :- (۱) سرج ترکی کے اندر کے اضرار (درون سرجی) ' جو حسب ذیل ہوتے ہیں : (ا) ایوسین پسند غدی سلعہ (eosinophilic adenoma) جو لختۂ مقدم کے حقیقی افرازی خلیوں پر مشتمل ہو ۔ یہ بیش نخامیت پیدا کر دیتا ہے ۔ (ب) فاعلانہ طور پر بڑھنے والا لون ترس غدی سلعہ (chromophobe adenoma) جس کے خلیات میں ایسے ذرات نہیں ہوتے جو ایوسین کا رنگ قبول کر لیں ۔ یہ سلعہ لختۂ مقدم کو تلف کر دینے کا رجحان رکھتا ہے اور اسی وجہ سے قلیل نخامیت پیدا کر دیتا ہے ۔ (ج) مخلوط غدی سلعہ (mixed adenoma) جس میں ایوسین پسند اور لون ترس دونوں عناصر موجود ہوتے ہیں ۔ یہ نخامیت فاتر (dyspituitarism) پیدا کر دیتا ہے ' جو ایک ایسی حالت ہے جس میں قلیل نخامیت اور بیش نخامیت دونوں کے امارات ایک ہی وقت موجود ہوتے ہیں ۔ یہ غدی سلعات ۲۰ سال سے نیچے کے اشخاص میں عموماً نہیں پائے جاتے ۔ (د) غدی سرطان (adeno-carcinoma) جو شاذ ہوتا ہے ۔ (ر) وقف الدمی تنخر جو انفعام کی وجہ سے پیدا ہو ۔ (س) تازہ دریافت شدہ اساس پسند غدی سلعہ (basophil adenoma) معہ اپنی مخصوص و ممیز علامات کے ۔ یہ امر تعجب انگیز ہے کہ اگرچہ غدی سلعہ امتحانات لاش میں ۱۰ فی صدی میں واقع ہوتا ہے ' خصوصاً آخری زندگی میں ' یہ ان اصابتوں میں ۵ فی صدی میں واقع ہوتا ہے کہ جن میں نومایہ جسم کے دوسرے حصوں میں واقع ہوتا ہے (37) ۔ (۲) فوق سرجی اضرار جو سبب متلف ہونے کی وجہ سے قلیل نخامیت پیدا کر دیتے ہیں ۔ ان میں سے فوق سرجی دویرہ عام ترین ہے ۔ یہ دماغی سلعہ کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے ۔ دوسری رسولیاں سحائی سلعہ (meningioma) ' شحمی دویرہ (cholesteatoma) ' عصبی سریشی سلعہ (glioma) اور لحمی سلعہ (sarcoma) ہیں ۔ (۳) درون جمجمی اضرار جو فاصلہ پر ہوں اور جو ثانوی طور پر استسقاء الدماغ (hydrocephalus) پیدا کر کے غدۂ نخامیہ پر اوپر سے دباؤ ڈالتے ہیں ۔

علامات - ان کا انحصار غدے کی فعالیت کے اختلافات پر ہوتا ہے جو ضرر کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں (غدی علامات)۔ نیز گردو پیش کی ساختوں پر دباؤ پڑنے پر ہوتا ہے (جواری علامات)۔ آخر الذکر دماغی سلعہ کے عنوان کے تحت بیان کئے گئے ہیں۔

قلیل نخامیت دور اُفتادہ دماغی ضرر کے علامات کے ہمراہ پائی جا سکتی ہے۔

غُدّی علامات - کبر الجوارح - یہ بیش نخامیت کے باعث ہوتا ہے۔ اس مرض کو ۱۸۸۶ء میں ماری (Marie) نے بیان کیا۔ یہ عموماً ریعان میں یا ابتدائی سنِ بلوغ میں ہوا کرتا ہے۔ جوارح (ہاتھوں اور پاؤں) اور چہرے کی ہڈیوں کی کلانی ہوتی ہے یُسلامیات موٹی ہو جاتی ہیں، اور نبجات العظام پیدا ہو جاتے ہیں۔ جبڑا بڑا ہو کر نیچے اور آگے کو لٹک آتا ہے (چانوی بروزالشدق (mandibular prognathism=- دانت متفاصل ہو جاتے ہیں۔ نرم حصے بھی موٹے ہو جاتے ہیں۔ جلد کے حلیمات بیش پرورده ہوتے ہیں۔ ناخن چوڑے، موٹے اور مضلّع ہو جاتے ہیں۔ جلد موٹی اور شحمی ہو جاتی ہے۔ لب، کان، ناک اور زبان موٹے، کھردرے اور بڑے ہو جاتے ہیں۔ اُنگلیوں کی دبازت سے ہاتھ کی شکل ایک خاص طرز کی ہو جاتی ہے، جسے ماری نے طرز کبیر (type en large) کے نام سے یاد کیا ہے۔ احشاء مع قلب کے بڑے ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ تسمّم بھی ہو جائے۔ کبر الجوارح میں جو فعال بیش نخامیت کے ساتھ ہوا ساسی تحوّل کی زیادتی اور برداشت شکر کی کمی موجود ہوتی ہے، اسی واسطے اگر برداشت شکر کا امتحان کیا جائے تو بیش شکر دمویت اور شکر بولیت موجود ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ حقیقی ذیابطیس اور اس کے ساتھ کیتونیت واقع ہو جائے، اور ایسی ہی ایک اصابت میں رسولی نکال دینے کے بعد ذیابطیس میں بہت اصلاح ہو گئی (31)- اگر نخامیت فاتر واقع ہو جائے تو برداشت شکر زیادہ ہو جاتی ہے۔ اکثر عقلی نمو ادنیٰ درجہ کا ہوتا ہے۔

اگر بیش نخامیت دورانِ طفلی میں واقع ہو جائے تو ہڈیاں معمول کی نسبت

زیادہ بڑی ہوجاتی ہیں (عفریتیت)۔ انگلیاں بھی معمول کی نسبت زیادہ بڑی ہوجاتی ہیں اور ہاتھ اس طرز کا ہوجاتا ہے جسے ماری نے طرز طویل (type en long) کے نام سے موسوم کیا ہے۔

قلیل نخامیت۔ اس کی خالص مثالیں وہ شاذ اصابتیں ہیں جن میں اگلا لختہ انفعامات سے تلف ہوجاتا ہے، جو کسی عفن عمل کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ اگر ایسا طفلی کے زمانہ میں واقع ہو تو قزمیت (dwarfism) پیدا ہوجاتی ہے (نخامی ناتمامی pituitary ateleiosis = یالورینی طرز کی تصبتی = Lorain type of infantilism) سارا جسم چھوٹا ہوتا ہے (قصر جسمی = microsomia یا ذیر نامی قصیر قامتی = hypophyseal nanism)، لیکن متناسب ہوتا ہے۔ اعضائے تناسل غیر نمو یافتہ اور ثانوی تناسلی خصائص غیر موجود ہوتے ہیں۔ اس قسم میں سے جسے سمانڈز (Simmonds) کا مرض کہتے ہیں، مریض بظاہر بوڑھا نظر آتا ہے اور اس کے ساتھ جلد پر جھریاں ہوتی ہیں، اور تحت الجلد بافتوں کا ذبول نہایت جانوی، سنی اور تناسلی ذبول، بے طمثیت، عدم اشتہا، قبض اور لپست جسمانی تپش، دموی فشار، تواتر نبض، دموی شکر اور اساسی تحول ہوتے ہیں۔ ممکن ہے وہ خواب آلودہ حالت میں مرجائے۔ اگر اگلے لختہ کا اتلاف زمانۂ بلوغ میں ہوجائے تو قبل از وقت شیخوخت اسی وقت واقع ہوجاتی ہے۔ نخامی قزمیت قبل از وقت شیخوخت کے ہمراہ واقع ہوسکتی ہے۔ یہ ایک قسم کا تشیخ (progeria) ہے۔

دوسرے دروں افرازی غدّوں پر نخامیہ کا جو اقتداری اثر پہلے بیان کیا جاچکا ہے اس سے یہ سمجھ میں آسکتا ہے کہ جب یہ غدے مذبول پائے جاتے ہیں تو علامات، ہارمونوں کی متعدد تقلیل سے پیدا ہوتے ہیں (ایک قسم کا کثیرا لغدی علامیہ)۔ لازماً، ان اصابتوں میں جواری علامات مفقود ہوتے ہیں لیکن ممکن ہے طویل المدت اصابتوں میں نخامی حفرہ چھوٹا ہو (ملاحظہ ہو صفحہ ۵، ب)۔

فوق سرجی رسولیاں عموماً شحمیت اور تصبتی کا مجموعہ پیدا کردیتی ہیں، جو بچوں میں پایا جاتا ہے، اور جسے علامیۂ فریلش (Frohlich's syndrome) یا ذیر نامی شحمی تناسلی سوء تغذیہ (hypophyseal dystrophia adiposo-genitalis)،

کہتے ہیں، جو قلیل نخامیت کے باعث ہوا کرتا ہے۔ چربی زیادہ تر شکم، سُرینوں اور جوارح کے قربی حصوں میں نظر آتی ہے۔ ممکن ہے کہ اس کا نتیجہ یہ ہو کہ قزمیت پیدا ہو جائے۔ اعضائے تناسل صبیانی حالت میں رہ جاتے ہیں اور جلد شاحب، پتلی، نرم اور چکنی ہوتی ہے۔ ناخن چھوٹے اور بے ہلال اور انگلیاں گاؤدُم ہوتی ہیں۔ بزامی غیر مسدود رہ جاتے ہیں۔ ذہنی نمو عموماً طبعی ہوتا ہے۔ سریری تصویر جوان رسولیوں کے باعث پیدا ہو جاتی ہے، اکثر غیر واضح ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ نحول، کثرتِ بول اور قبل از وقت شیخوخت موجود ہو۔

بالغ اشخاص کا لون ترس غدی سلعہ ابتدائی درجہ ہی میں تناسلی وظائف کا انخفاض پیدا کر دیتا ہے، جو اناث میں بے طمثیت سے ظاہر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ جلدی تغیرات وُہی دیکھے جائیں جو ابھی بیان کئے گئے ہیں، اور شحمیت اور بال جھڑنے اور لونیت کا رجحان بھی ہوتا ہے۔ نیز ممکن ہے کہ نہاکت، غنودگی، برداشت کی زیادتی اور گھٹے ہوئے تحول کے باعث تحت الحادتپش اور بعض اصابتوں میں کثرتِ بول بھی موجود ہو۔

مقدمی نخامیہ کا اساس پسند غدی سلعہ یعنی کُشنگ (Cushing) کا علامیہ

اس علامیہ کے مستقل علامات یہ ہیں۔ دردناک شحمیت جو چہرہ، دھڑ اور گردن تک محدود ہو، گول شانے یا تسنم، صنفی وظیفہ کا زوال معہ بے طمثیت کے، عورت میں اور نوجوان مرد میں چہرے اور دھڑ پر بالوں کی زیادتی، جلد کا کثیر الدموی منظر، معہ قاتم خطوط ذُبولی کے، عروقی تپش طنابی، کثرتِ خلیات احمر، دردِ پُشت، دردِ شکم اور نہاکت۔ اختلاف پذیر علامات یہ ہیں:— جوارح کی نیلگونی اور اَذیما، کونتگیوں کے مانند کدمات، مختلف چشمی علامات، جلد کی خشکی، تشنگی اور کثرتِ بول، کثیر الاشکال نواتی ابیض خلویت، شکر بولیت، تخلخل عظم اور خود درو کسور۔ امتحان لاشی پر ممکن ہے مزمن التہاب کلیہ کو لانڈی گائٹر، فوق الکلیات کی قشری بیش تکوین، مولّدات کا ذبول موجود ہو، چنانچہ یہ علامتیات بدیہی طور پر ایک کثیر الغدی علامیہ کی قائم مقام ہے، اور فوق الکلیہ قشرہ کے سرطان کی اصابتوں میں یہ حقیقی طور پر پایا گیا ہے۔

497

بالغوں میں ممکن ہے کہ انتہائی فربہی کی اصابتیں نخامی مرض کے باعث ہی ہوں۔ وجعی شحمیت (adiposis dolorosa)' یا مرضِ ڈرکم (Dercum's disease) بھی غالباً نخامی مرض یا قلیل درقیت کے باعث ہو سکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 501)۔ صرع بھی قلیل نخامیت سے وابستہ ہوتی ہے۔

تشخیص۔ اس کا انحصار جواری اور غدی علامات کی شناخت پر ہوتا ہے' اور یہ عموماً مشکل نہیں ہوتی۔ تاہم دروں سرجی اور فوق سرجی ضررات اور دور افتادہ دروں جمجمی ضررات جو نخامی علامات پیدا کر دیتے ہیں' ان کے درمیان تمیز کرنا اہم امر ہے۔ غدی سلعہ اور فوق سرجی ڈویرہ کا سن حدوث پہلے دو کو تمیز کرنے میں کارآمد ہوگا' اور اس کے علاوہ اُن کا ممیز لا شعاعی مناظر اور مختلف علاماتیات بھی ہیں۔ دُور افتادہ دروں جمجمی ضررات' مثلاً ایک دمیغی سلعہ بھی ممیز علامات پیش کریں گے۔

انذار۔ یہ بُرا ہوتا ہے' کیونکہ رسولی عموماً ترقی کرتی جاتی ہے' اگرچہ سرج ترکی پر سے ازالہ الضغط کی عملیتی ہلاکت تقریباً ۶ فیصدی ہے (Cushing)

علاج۔ قلیل نخامیت کی اصابتوں میں اگلا لختہ' جو غدۂ درقیہ کیساتھ مخلوط ہو' بصورت اقراص براہ دہن استعمال کرنے سے فائدہ حاصل ہوا ہے۔ پیچوٹرین کو تحت الجلد دینا چاہیئے' کیونکہ غذائی قنال میں یہ تلف ہو جاتی ہے۔ علاج کی ترقی کا اندازہ برداشتِ شکر پر سے کیا جا سکتا ہے۔ عملیتی علاج پر دماغی سلعہ کے عنوان کے تحت غور کیا گیا ہے۔

ذیابیطس ملیخ

(diabetes insipidus)

کثرتِ بول اسبابِ ذیل سے پیدا ہو سکتی ہے:۔ فتورات گردہ خون کے دباؤ کی زیادتی' ذیابیطس شکری میں پیشاب کے اندر شکر کی موجودگی سے شدید مرض اڈیسن میں اور عارضی طور پر بعض عوارض دماغ' بالخصوص ہسٹیریا اور شقیقہ (migraine) میں۔ ذیابیطس ملیخ ایک دائمی کثرتِ بول ہے جو متذکرہ بالا حالتوں میں سے

کسی حالت سے منسوب نہیں کیا جا سکتا۔

امراضیات۔ ذیابیطس ملیخ غدہ نخامیہ (غالباً اُس کے پچھلے لختہ) کے تضرر یا مرض کے باعث ہو سکتا ہے۔ پچوٹرین (ضاغط العروق) کے تحت الجلدیا وردی وریدی اشرابات اس مرض کا نوعی علاج ہیں، اور اُن سے پیشاب کی مقدار فی الفور گھٹ کر طبعی حجم پر آجاتی ہے اور مریضوں کو اُن کے علامات سے کامل آرام ہو جاتا ہے۔ موزفیلڈ (Motzfeld) نے تبلادیا ہے کہ غیر عدیم الحس کردہ حیوان میں پیشاب کا حجم گھٹ جاتا ہے، اور یہ تقلیل حجم اُس وقت اور بھی زیادہ نمایاں ہوتی ہے جب کہ معدے کو پہلے سے پانی سے بھر کر مصنوعی کثرت بول پیدا کر لی گئی ہو۔ اگر حشوی یا کلوی اعصاب کاٹ دیئے جائیں تو اس دوا کا فعل رُک جاتا ہے۔ غالباً اس خلاصہ کا فعل محض حشوی عروقی تضیق کی وجہ سے ہی نہیں بلکہ اس سے کچھ زیادہ پر منحصر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ اُس کی موجودگی انیبیبات کے سرے پر پانی کے مکرر انجذاب کے لئے ضروری ہو (ملاحظہ ہو صفحہ 518)۔ دماغ کے زیر عرشی خطے کے تضرر سے بھی ملیخ ذیابیطس ہو سکتا ہے، اور اس کی وجہ ممکن ہے کہ یہ ہو کہ پچوٹرین کا طبعی سیلان مسدود ہو گیا ہو۔

مرضی تشریح۔ سرج ترکی کی شعاع نگار شوں سے عموماً کوئی کلانی نہیں ظاہر ہوتی۔ غدہ نخامیہ کے یا اُس کے قرب و جوار کے مختلف ضررات بیان کیے گئے ہیں:- کھوپری کے قاعدے کے کسور، دماغی سلعۂ آتشکی یا تدرنی قاعدی التہاب سحایا (basal meningitis)، قمع کا تجبّن۔ ایک عجیب و غریب اصابت میں پایا گیا کہ ایک گولی (bullet) پچھلے لختے کو دبا رہی تھی۔ پارکس ویبر (Parkes Weber) نے اس چیز کا تذکرہ کیا ہے جسے وہ غدے کے پچھلے لختے کی درنی درریزش خیال کرتا ہے۔

ممکن ہے کہ مثانہ کا اتساع اور بیش پرورش، حالبین کا اتساع اور گردوں کی کلانی دیکھنے میں آئے، اور یہ حالتیں پیشاب کی مقدارِ کثیر کے طویل المدت دباؤ سے منسوب کی جا سکتی ہیں۔

علامات۔ یہ یا تو غیر محسوس طور پر یا یکایک شروع ہو جاتے ہیں۔ نمایاں

علامات یہ ہیں کہ پیشاب کی نہایت بڑی مقداریں خارج ہوتی ہیں اور پیاس بہت زیادہ لگتی ہے جس کی وجہ سے مریض خارج شدہ پانی کے نقصان کی تلافی کر لیتا ہے۔ ممکن ہے کہ پیشاب کی مقدار چوبیس گھنٹے میں ۱۵، ۲۰ بلکہ ۴۰ پائنٹ تک پہنچ جائے۔ پیشاب نہایت پھیکے یا ہلکے رنگ کا، تقریباً پانی کی طرح ہوتا ہے، اسکی کثافتِ نوعی ۱.۰۰۲ سے ۱.۰۰۵ تک، اور تعامل خفیف سا ترشئی ہوتا ہے۔ اس میں ٹھوس اجزا کی فی صدی مقدار تھوڑی ہوتی ہے۔ کبھی کبھی شکر بولیت ہوتی ہے، یا ریقی غدد کا افراز زیادہ ہو جاتا ہے۔ منھ، زبان اور جلد خشک ہوتی ہیں، اور امعا میں قبض ہوتا ہے۔ لیکن اس سے قطع نظر ممکن ہے کہ مریض خوش باش ہو اور نہایت اچھی صحت رکھتا ہو، اور وہ ذیابیطس کو بجائے ایک مرض سمجھنے کے ایک وجہ پریشانی سمجھتا ہو۔ ممکن ہے کہ نخامی مرض کے علامات بھی موجود ہوں۔

خود بخود پیدا ہونے والی یا خودرو اصابتیں علاج نہ کرنے کی صورت میں ممکن ہے برسوں جاری رہیں۔ اگر دوسری بیماریاں مداخل ہو کر ہلاکت نہ پیدا کریں، تو یہ اصابتیں شاذ ہی مہلک ہوتی ہیں۔ کبھی کبھی شکر بولیت طاری ہو کر اس حالت کو ذیابیطس شکری بنا دیتی ہے۔

تشخیص۔ پھیکے رنگ اور پست کثافتِ نوعی والے پیشاب کی مقدار کثیر، جس میں غیر طبعی اجزا موجود نہ ہوں، اور اس کے ساتھ تشنگی کی موجودگی ممیز علامات ہیں۔ لیکن کثرت بول کے دیگر اقسام، مثلاً وہ جو مرض مزمن برائٹ اور ہسٹیریا میں ہوتے ہیں، خارج از بحث کر دینے چاہئیں۔ اول الذکر میں عموماً کسی نہ کسی وقت البیومن کی خفیف مقدار ممیز طور پر موجود ہوتی ہے، پیشاب کی مقدار چنداں زیادہ نہیں ہوتی، اور دوسری دلالتیں موجود ہوتی ہیں، جیسے کہ بلند شریانی تناؤ اور قلبی بیش پرورش۔ ہسٹیریا میں کثرت بول محض عارضی ہوتی ہے۔

علاج یہ ہے کہ خلاصۂ نخامیہ کا تحت الجلد استعمال کیا جائے۔ ابتداءً اس کے ایک مکعب سنٹی میٹر (۱۵ قطروں) کا اشراب دن میں دو بار کیا جاتا ہے۔ پھر اس امر کی سعی کی جاتی ہے کہ حتی الامکان کم اشرابات سے پیشاب کے حجم پر اقتدار حاصل کیا جائے۔ بدقسمتی سے دہن کی راہ سے علاج بے سود ہوتا ہے کیونکہ جوہر

فعال (پیچوٹرین) قنال غذائی میں تلف ہوجاتا ہے۔ لیکن یہ وطہ دروں انفی رشاش (intranasal spray) کے ذریعہ دی گئی ہے، یا ایک انفی جیلی (jelly) کے ذریعہ کہ جس میں پٹ سین (pitressin) ہو، یا سب سے بہتر خشک کردہ نخامیہ کے ذریعہ جو ناک میں "نخامی ناس" ("pituitary snuff") کے طور پر نفوخ کیا جائے۔ بعض اصابتیں پٹرسین سے علاج پذیر نہیں ہوتیں۔

آتشکی اصابتوں میں دافع آتشک علاج (جو ملاحظہ ہو) کی ضرورت ہے۔ جلی دماغی مرض (مثلاً رسولی وغیرہ) میں قدرتاً عملیہ کا سوال پیدا ہوگا۔ چند اصابتوں میں قطنی کچو کے سے تخفیف ہوئی ہے، جس سے پتہ چلتا ہے کہ قاعدۂ دماغ پر مصلی التہاب سحایا (serous meningitis) اس مرض کا اصلی سبب تھا (32)۔

غدۂ صنوبریہ

(PINEAL GLAND)

جسم صنوبری (برنامیۂ دماغی یا مخروطیہ epiphysis cerebri or conarium=) ایک غدی عضو ہے جس کا وزن تقریباً ½ ۳ گرین ہوتا ہے۔ یہ ایسے سرحلمہ آسا خلیوں پر مشتمل ہوتا ہے جو ڈھیلی وضع رکھنے والی جھکوں میں ہوتے ہیں، اور جن کے درمیان دموی جوف ہوتے ہیں۔ معلوم ہوتا ہے کہ تیموسیہ کی طرح اس کی بھی خاص منفعت ابتدائی زندگی میں ہے، اور بعد میں اس میں کسیقدر نکش واقع ہوجاتا ہے۔

وہ ضررات جن کا اندراج کیا گیا ہے یہ ہیں:۔ بیش پرورش اور ذبول سلعات، ذوبیرے اور پھوڑے، نزف اور آتشک۔

سلعہ کی اصابتوں میں جن میں نمول کے ایسے تغیرات ظاہر ہوچکے تھے، جن سے باطنی افراز کا اختلال ظاہر ہوتا تھا موضوع گیارہ سال تک کی عمر والے بچے تھے، اور تغیرات حسب ذیل تھے (اگرچہ مختلف اصابتوں میں یہ مختلف درجہ کے تھے):۔ ذہنی تبادر، جسم کی غیر معمولی طور پر سریع بالیدگی، قضیب اور خصیتین کی

کلانی، موئے زہار کی متبادر بالیدگی، اور بعض اوقات شحمیت۔ اِن کے ساتھ ساتھ بعض اوقات درون جسمی سلعہ کی علامتیں بھی موجود تھیں، اور مختلف اصابتوں میں جو سلعات موجود تھے وہ یہ تھے:۔ لحمی سلعہ، دَویری رَملی لحمی سلعہ (cystic psammo-sarcoma)، سر یشی سلعہ (glioma) یا سخطتی سلعہ (teratoma)۔

تناسلی غدد

(GONADS)

خصیہ اور مبیض کے امراضیاتی تغیرات کا منظم بیان جراحی اور علم امراض النسا کی نصابی کتابوں میں پایا جائے گا۔ یہاں تناسلی غدد پر محض اُن کے درون افرازی وظیفہ کے نقطۂ نظر سے غور کیا جائے گا۔

زنانہ صنفی اعضا۔ حیضی دور کی ابتدا میں، نزف موقوف ہو جانے کے بعد، رحم کی غشاء مخاطی واحدتہ کی بنی ہوتی ہے، یعنی قاعدی غشاء مخاطی کی۔ اس دور کے اول نصف میں یہ متکاثر ہوتی ہے اور ایک ہارمون کے اثر کے تحت دبیز ہو جاتی ہے، جو کہ ایسٹرن (œstrin) یا جرابی ہارمون یا فالکولین (folliculin) کہلاتا ہے۔ یہ زنانہ صنفی ہارمون، جو کہ ثانوی صنفی خصائص کا سبب ہے، گرافیائی جراب میں پیدا ہوتا ہے، جو کہ اسی عرصہ میں بالیدگی حاصل کر کے پختہ ہو جاتی ہے۔ جب گرافیائی جراب کے پھٹنے سے بیضہ آزاد ہو جاتا ہے، تو جسم اصفر ظہور میں آتا ہے اور یہ ایک دوسرا حیضی ہارمون پیدا کرتا ہے جسکو پروجسٹین (progestin) کہتے ہیں۔ پروجسٹین رحمی مخاطیہ کی غدی فعالیت کو زیادہ کرتا اور غدد کو ملتف بنا دیتا ہے (یہ افرازی ہیئت ہے) جس کا مقصد باروَر شدہ بیضہ کی وصولی کیلئے تیاری ہے۔ اگر استقرار حمل نہ ہو، تو غشاء مخاطی ٹوٹ پھوٹ جاتی ہے، اور رحم سے نزف کے ہمراہ خارج ہو جاتی ہے، اور اس طرح حیضی دور کا خاتمہ ہو جاتا ہے۔

499

آختہ مادائوں میں، حیضی دور اس طرح شروع کیا جا سکتا ہے کہ ڈائی آکسی ایسٹرن (۲۵۰۰۰۰ یونٹ) ۵ خوراکوں میں، ۲۰ دنوں میں سے پہلے چوتھے، ساتویں

گیارھویں اور چودھویں دن دیا جائے، اور اس کے بعد پروجسٹین (۵ خرگوشی یونٹ) دیا جائے، یعنی ہر روز ایک خرگوشی یونٹ، سترھویں روز سے شروع کر کے (42)، چنانچہ اس طریقہ سے اس بے طمثیت کا علاج کیا جا سکتا ہے جو کہ صنفی اعضا کے کم نمو کے باعث ہو۔ اگر حد سے زیادہ ایسٹرن جسم میں پایا جائے یا کھلایا جائے تو گرافیائی جراب کی بالیدگی جاری رہتی ہے اور وہ پھٹنے نہیں پاتی، اور غشاء مخاطی کی بالیدگی بھی جاری رہتی ہے اور وہ دو ویری ہو جاتی ہے اور آخرکار ٹوٹ پھوٹ کر شدید نزف پیدا کرتی ہے۔ چونکہ جسم اصفر نہیں بننے پاتا، اس لئے افرازی درجہ پیدا کرنے کے لئے کوئی پروجسٹین موجود نہیں ہوتا، لہذا اس کو نزف کے درجہ میں بذریعہ اشراب دینا چاہیئے۔ بسا اوقات بالکل چھوٹی خوراکیں درکار ہوتی ہیں، تین سے لے کر دس خرگوشی یونٹ ۵ دنوں پر پھیلی ہوئی، اگرچہ ۶۰ تا ۸۰ یونٹ کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔ ایسٹرن دوسرے صنفی اعضا میں بھی تغیرات پیدا کرتا ہے، مثلاً جفتی کو آسان بنانے کے لئے مہبل میں (چوہے اور موش میں سر حلمہ کا تقرن)۔ یہ امر باعث حیرت ہے کہ قدرتی طور پر پائے جانے والے ایسٹرن کا سب سے زیادہ کثیر المقدار منبع سانڈ کا پیشاب ہے، اور سب سے زیادہ فعال مرکب دو ہائڈروجن جو ہروں کو ایسٹرن سالمہ میں ملانے سے حاصل ہوتا ہے، جو کہ ایک سٹرال (sterol) ہے اور کیمیاوی طور پر کولسٹرال (cholestrol) اور کیلسیفرال (calciferol) (حیاتین د) کے ساتھ ملتا جلتا ہے، نیز نہایت ہی فعال سرطان آفریں مادہ کے ساتھ جو کہ اب تک تیار کیا گیا ہے۔ مزید برآں، متعدد، مختلف لیکن قریبی طور پر متماثل مادے ایسے ہیں جو کہ مختلف درجہ کے شبق آفریں خواص رکھتے ہیں، اور ایک مادہ ایسا، جس کا اشراب کرنے پر شبق اور جس کی تصبیغ جلد پر کرنے پر سرطان پیدا ہوتا ہی (48)، حیض کے نمونۂ اور اس سب کچھ پر جو کہ اس سے بطور نتیجہ کے ظہور میں آتا ہے، نخامیہ کا مقدم لخت ایک ہارمون کے ذریعہ اقتدار رکھتا ہے جس کا ابھی تک کوئی نام نہیں رکھا گیا، لیکن جو تھوڑی مقداروں میں گرافیائی جراب کا نمو اور ایسٹرن کا افراز واقع کرتا ہے، اور بڑی مقداروں میں جسم اصفر کا کامل نمو واقع کرتا ہے جس سے پروجسٹین کا افراز ہوتا ہے۔ حمل کے دوران میں خون اور پیشاب میں

ایک قریبی طور پر مماثل مادہ پایا جاتا ہے، جو کہ غالباً مشیمہ سے پیدا ہوتا ہے اور پرولان (prolan) کہلاتا ہے۔ اس واقعہ کو پہلے پہل اشیم (Ascheim) اور زانڈک (Zondek) نے حمل کے کاشفہ کے طور پر استعمال کیا، کیونکہ پرولان پر مشتمل پیشاب کا اشراب حیوانات میں کرنے سے مبیضین میں بعض تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں جو کہ شناخت کئے جا سکتے ہیں (44)۔

مردانہ صنفی اعضا۔ خصیوں کا استیصال، معین اعضا، حویصلات منویٔ قدامیہ، کوپر (Cowper) کے غدد، اور قضیب کا عدم نمو یا ذبول پیدا کرتا ہے۔ خصیوں کا یہ اثر مردانہ صنفی ہارمون کی وجہ سے ہے جو کہ خصیہ کے رخنگی خلیات میں تیار ہوتا ہے۔ مبیض کی طرح، خصیہ کا نمو بھی مقدم نخامی لختہ ہارمونی اقتدار کے تحت ہے۔ یہ مہیج مولد جوہر، جو کہ حمل کے دوران میں پیشاب میں موجود ہوتا ہے، غیر نازل خصیہ کا علاج کرنے میں کارآمد ہے، چنانچہ ۵۰۰ فاری یونٹ کا اشراب، "پرگنیل" ("pregnyl") کی صورت میں، ہفتے میں دو بار دیا جاتا ہے (45)۔

اختصاء (eunuchism)۔ اس کے علامات کا انحصار اس امر پر ہے کہ آیا اخصا بلوغ سے پہلے یا بلوغ کے بعد کیا گیا ہے۔ اول الذکر حالت میں قضیب، غدۂ قدامیہ، حویصلات منویہ چھوٹے رہ جاتے ہیں، اور ان موضوعوں میں شہوت یا قابلیت جماع نہیں پیدا ہوتی۔ اگر اخصا کا عملیہ بلوغ کے بعد کیا گیا ہے، تو قضیب کا زیادہ مذبول ہونا ضروری نہیں، لیکن غدۂ قدامیہ نسبتۃً چھوٹا ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ شہوت بلکہ قابلیت جماع بھی کم از کم کچھ عرصہ تک باقی رہے۔ غدۂ قدامیہ کا افراز مفقود ہوتا ہے۔ نفسی لحاظ سے، مرد کی طبعی ہجومیت غایب ہو جاتی ہے، لیکن یہ ممکن ہے کہ خصی افراد میں بڑی عقلی قوتیں اور فنون لطیفہ کی قابلیت موجود ہو۔

500

جسمانی لحاظ سے وہ یا تو (۱) دراز قامت اور دبلے پتلے ہوتے ہیں اور اُن کے ہاتھ لمبے لمبے ہوتے ہیں، یا (۲) وہ پستہ قد اور موٹے ہوتے ہیں، اور اُن کی چربی کی توزیع زیر نامی تناسلی سوء تغذیہ (hypophyseal dystrophia genitalis) سے مماثل ہوتی ہے۔ دونوں طرز کے اشخاص میں حوض چوڑا، اور جلد کا رنگ شاحب رہتا ہے۔ پپوٹوں کے جانبی نصف حصے گرے ہوئے ہوتے ہیں، جس سے غنودگی کا

نظر پیدا ہوتا ہے، اور عموماً بالوں کی بالیدگی کم ہوتی ہے۔ عورت میں دو جانبی
یض برآری سے قبل از وقت ایاس پیدا ہو کر فرز بھی، سرخ تمتاہٹ، تنفسی قلبی
رہضمی اختلالات واقع ہو جاتے ہیں۔ عصبی نہاکت اور نفسی نہاکتی یا داء النفسی علامات
اہر ہو سکتے ہیں۔

خصیمانی (eunuchoidism)۔ اس اصطلاح کا اطلاق اُن حالتوں پر
یا جاتا ہے جو مرض کی وجہ سے تناسلی غدد کے ضایع ہو جانے سے پیدا ہو جاتی ہیں۔
غیر نازل خصیتین (خفاء الخصیتین = cryptorchidism) رکھنے والے مریضوں
ں غیر عام نہیں۔ اختصاء کی طرح ممکن ہے کہ یہ حالت بھی بلوغ کے وقت دیکھی جائے
عاجل خصیمانی = early eunuchoidism) یا نسبتۃً بعد میں فعال تناسلی زندگی
ے طبعی عرصہ کے دوران میں (آجل خصیمانی = late eunuchoidism)۔ اختصاء کی
رح اس حالت میں بھی مریض دراز قامت یا کوتاہ قامت اور موٹے ہو سکتے ہیں۔
ہنی لحاظ سے وہ خاموش اور ساکت ہوتے ہیں اور اُن میں شہوت اور قابلیت
اع کے اختلالات موجود ہوتے ہیں۔ جلد شاحب ہوتی ہے اور بعض اوقات
ں میں کثیر التعداد چھوٹی چھوٹی جھریاں ہوتی ہیں۔ وہن سے تشعع کرنے والی
لی جھریوں کی وجہ سے یہ مریض قبل از وقت بوڑھے نظر آتے ہیں۔ عورتیں خصیمانیہ
راز قامت ہوتی ہیں، اور اُن کے شکم کے زیریں حصے، جبل الزہرہ، سُرینوں، اور
نوں کی بیرونی جانبوں اور پستانوں پر چربی کا جماؤ ہو جاتا ہے۔ رحم اور مہبل
یر تکوینی ہو جاتے ہیں۔

بیش تناسلیت (hypogenitalism)۔ اور **قلیل تناسلیت**
(hypergenitalisn)۔ اختصاء اور خصیمانی کی اصطلاحیں صرف اُن نتائج کے لیے
مخصوص ہیں جو تناسلی غدد کے اولی مرض یا اُن کی غیر موجودگی سے پیدا ہو جاتے
ہیں لیکن تناسلی غدد کی معمول سے زائد یا معمول سے کم فعالیت دوسرے بے قناتی
دو کے مرض سے ثانوی طور پر بھی پیدا ہو سکتی ہے۔ چنانچہ خصیہ یا مبیض کی رسولیوں
سے مبیض کی بیش وظیفگی سے، یا فوق الکلیہ قشرہ یا جسم صنوبری کی رسولیوں سے
یش تناسلیت پیدا ہو سکتی ہے، جو کہ تبادر یا پیش از وقت بلوغ کا باعث ہوتی ہے۔

اسی طرح آجل بلوغ، جو دونوں صنفوں میں اس قدر عام طور پر پایا جاتا ہے، ممکن ہے اولی طور پر تناسلی غدد کے قلیل وظیفہ کے باعث ہو، یا ممکن ہے کہ وہ تناسلی غدد پر دوسرے اعضاء کے عمل کی وجہ سے پیدا ہو جائے۔

مختلف علامات

(VARIED SYNDROMES)

فربہی

(obesity)

فربہی، موٹاپا، یا زیادہ موٹا ہونا ایک ایسی حالت ہے، جو مرض کی حد تک پہنچ سکتی ہے اور بعض اوقات علاج کی مقتضی ہوتی ہے۔ لیکن اکثر یہ کہنا مشکل ہوتا ہے کہ چربی کے طبعی جماؤ کی حد کہاں ختم اور فربہی کہاں سے شروع ہوتی ہے۔ لہٰذا ان دونوں حالتوں کی بحث ایک ساتھ کرنا چاہیے۔

بحث اسباب۔ انسانی نسلوں میں فربہی کے رجحان میں کچھ اختلافات نظر آتے ہیں۔ اس کے وقوع میں وراثت کا حصہ ضرور ہوتا ہے۔ زندگی کے بعض زمانے ایسے ہیں جن میں چربی کے اجتماع کا زیادہ امکان ہوا کرتا ہے۔ وہ زمانے یہ ہیں:۔ عالم شیرخواری، بلوغ، عورتوں میں دوران حمل میں اور سن یاس کے آغاز میں، اور مردوں میں ادھیڑ عمر کے زمانہ میں۔ بحیثیتِ مجموعی عورتیں مردوں کے نسبت فربہ ہونے کا رجحان زیادہ رکھتی ہیں۔

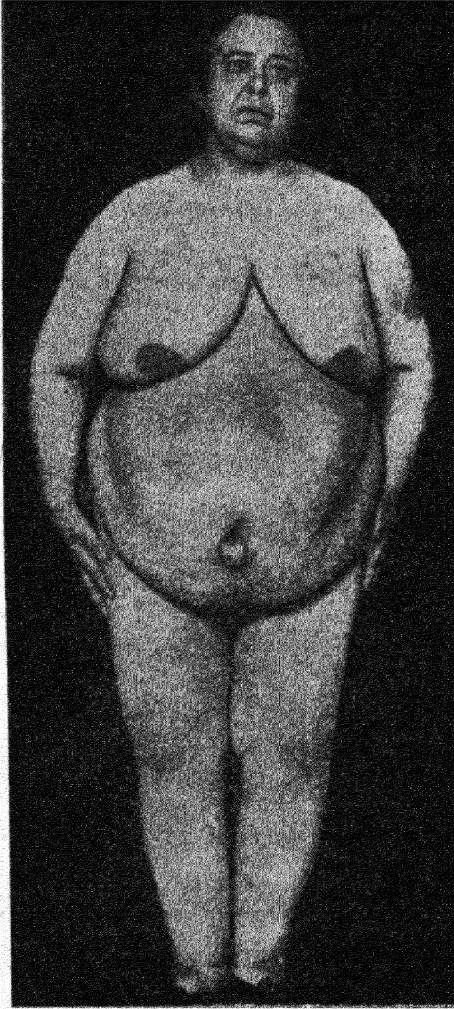
امراضیات۔ طبعی شخص میں جس کے جسم کا وزن مستقل رہتا ہے ضروری ہے کہ وہ توانائی جو غذا کے صرف سے حاصل ہوتی ہے، اس توانائی کی تلافی کرے جو حرارت اور بیرونی عضلی محنت کی شکل میں برآمد ہوتی ہے۔ اگر وہ شخص دفعتاً اپنے عادات بدل کر نسبتاً زیادہ قعودی زندگی اختیار کر لے تو توانائی کی برآمد کم ہو جائے گی لہٰذا نسبتاً کم غذا کی تکسید ہوگی، اور زائد از ضرورت غذا کا جسم کے اندر چربی کے طور پر

جماؤ ہوجائے گا۔ شحوم اور کاربوہائڈریٹس، دونوں اس طریقہ سے بآسانی مذخور ہوجاتے ہیں۔ لیکن پروٹین کے ترکیبی اجزا کی تکسید زیادہ آسانی کے ساتھ ہوکر ان سے حرارت کی برآمد زیادہ ہوجاتی ہے۔ اسی کو بعض اوقات پروٹین کا نوعی حرکی فعل (specific dynamic action) کہتے ہیں۔ اسی واسطے فربہی کی بہت سی اصابتوں کے اہم عوامل جسمانی عدم فعالیت اور بسیارخوری ہیں۔

لیکن وافر فربہی کی ایسی اصابتیں بھی ہیں جن کی توجیہ کماحقہٗ اس طریقہ سے نہیں کی جاسکتی۔ تندرست آدمیوں میں بہت سے نہایت فربہ اشخاص بھی ہیں جو نسبتہً بہت کم کھاتے ہیں اور اس کے برعکس بہت سے بسیارخور اشخاص بھی مستقلاً دُبلے پتلے ہوتے ہیں۔

ان خصائص ذاتی کی توجیہ انفرادی خصوصی شرح تکسید سے کی جاسکتی ہے اور ان کا مقابلہ اساسی تحول (ملاحظہ ہو صفحہ 459) کی تخمین سے کیا جاسکتا ہے۔ قلیل درقیت یا مخاطی اُذیما میں اساسی تحول کم ہوجاتا ہے اور یہ مریض فربہ ہوجانے کا رجحان رکھتے ہیں، اگرچہ مثالی مخاطی اذیمائی مریض فربہ نہیں ہوتے۔ غدہ نخامیہ کے مرض میں جس میں قلیل نخامیت کا ظہور ہو، اساس پسند غدی سلعہ میں، فوق الکلیہ کیسوں کے بیش کلوی سلعہ (hypernephroma) میں غدۂ صنوبریہ کے امراض میں، اور دماغی سلعہ کی بعض اصابتوں میں، اور آختہ گری کے عقب میں شحمیت واقع ہوسکتی ہے۔ ان میں سے بہت اصابتوں میں، بشرطیکہ حقیقی وزن جسم کا لحاظ کیا جائے، اساسی تحول طبعی حدود کے اندر پایا گیا ہے۔ اس کے یہ معنی ہیں کہ ان میں حرارت آفریں بافتیں (عضلات اور غدد) طبعی سے زیادہ محنت اٹھا رہی ہیں، (جو کہ بیش درقیت کی طرف اشارہ ہے) کیونکہ شحمی بافت جو کہ زائد وزن کا سبب ہے اس کا اساسی تحول نہایت ہی پست ہے (46)- شائد تحول کی وہ زیادتی جو غذا لینے کے بعد پیدا ہوجاتی ہے طبعی درجہ سے کم ہے، اور اسی سے فربہی کی توجیہ ہوجائے گی (4)-

اس امر کی تائید میں کچھ شہادت موجود ہے کہ فربہی، انسولین کی وافر پیدائش کے باعث ہوتی ہے، جو کہ کاربوہائڈریٹ کو شحم میں متغیر کردیتی ہے۔ چنانچہ

لینگر ہانس کے جزیرے بڑھے ہوئے پائے گئے ہیں۔ شکری برداشت زیادہ ہوتی ہے
جیسا کہ شکر دینے کے بعد دموی شکر کے منحنی سے ظاہر ہوتا ہے۔ ذیابیطس کے رجحان
کی یہ توجیہہ ہوسکتی ہے کہ جزیروں کا بیش
فعال وظیفہ کئی سال تک جاری رہنے کے
بعد تھکاوٹ سے متاثر ہو جاتا ہے۔

وہ حالتیں جو کہ فربہی کے ہمراہ پائی جاتی ہیں۔ نہایت فربہ اشخاص
کو کئی بے آرامیاں یا دقتیں پیش آتی ہیں،
اگرچہ ان کی وسعت کا انحصار بیشتر زندگی
کے اس زمانہ پر ہوتا ہے جس میں فربہی لاحق
ہوگئی ہو۔ اگر فربہی اوائل عمر میں سے ہے تو
ممکن ہے کہ عضلی نظام بھی نمو یافتہ ہو جائے
تاکہ بڑھے ہوئے زائد وزن سے متناظر
ہو جائے۔ چنانچہ قدیم زمانہ کے کشتی پہلوان
بھی ہمارے اپنے زمانہ کے لڑینت پہلوانوں
کی طرح اکثر فربہ ہوتے تھے۔ لیکن بسا اوقات
نہایت فربہ اشخاص زیادہ محنت یا ریاضت
کے ناقابل ہوتے ہیں، اُن کی سانس پھول
جاتی ہے، اور اُن میں اختلاج پیدا ہو جانے
کا امکان ہوتا ہے۔ کیونکہ اکثر اوقات
قلب میں شحمی بیش بالیدگی موجود ہوتی
ہے۔ زائد پیدائش حرارت کا لازمی نتیجہ
یہ ہے کہ خون کا سیلان بڑھ جانے کی وجہ
سے قلب کا کام زائد ہو جائے، اور اس سے
قلبی عدم کفایت کی ان علامات کی توجیہہ ہوتی ہے جو کہ اس قدر عام ہیں۔ فربہی کے ہمراہ

شکل ۶۰۔ ڈاکٹر آے۔ جی گلس کا مریض
جس کو وجہی شحمیت کی شکایت تھی۔

پائی جانے والی حالتوں میں سے نقرس (gout) کا تذکرہ بالخصوص کرنا چاہئے کیونکہ غذا کی زیادتی سے اس کی استعداد پیدا ہو جاتی ہے۔ فربہی ذیابیطس شکری کی استعداد بھی پیدا کر دیتی ہے۔

وِجعی شحمیت (adiposis dolorosa) (مرضِ ڈرکم Dercum's disease)۔ اس مرض میں وَرقیہ اور نخامیہ کے اندر امراضیاتی تغیرات پائے جا سکتے ہیں، اور ماؤف حصوں میں التہابِ عصب ہوتا ہے۔ یہ مرض دو شکلوں میں ہوتا ہے:۔ (الف) منتشر شحم سلعیت (diffuse lipomatosis)، جو یا تو سوائے ہاتھوں اور پاؤں کے سارے جسم کو ماؤف کر دیتی ہے یا ایک خاص حصے میں کم و بیش محدود المقام ہوتی ہے، اگرچہ اس حالت میں یہ جسم پر متشاکل طور پر پائی جاتی ہے۔ ایک مثال درج کی جاتی ہے (شکل ۶۰)۔ یہ مریضہ ایک پچاس سالہ عورت تھی، جس کا وزن ۲۰ اسٹون (20 stones) تھا۔ چہرے کی اداسی تصویر میں خوب دکھلائی گئی ہے۔ امتحانِ بعد الممات میں ورقیہ چھوٹا اور لیفی تھا مگر نخامیہ تندرست تھا۔ (ب) شحمی گرہکوں (fatty nodules) کی شکل میں۔ یہ بھی متشاکل ترتیب میں ہوتی ہیں۔ شحمی مطروحات دردناک ہوتے ہیں، بالخصوص دبانے پر، اور یہ مریض اکثر منہوک اور بعض اوقات ضعیف العقل بھی ہوتے ہیں۔

مترقی شحمی سوءِ تغذیہ (lipodystrophia progressiva)۔ یہ غیر معلوم سبب رکھنے والا ایک شاذ مرض ہے، جس میں زیر جلدی شحم کا متشاکل نقصان ہوتا ہے، جو بالعموم چہرے میں شروع ہو کر نیچے کی طرف پھیلتا ہے، لیکن اکثر اوقات جسم کے بالائی حصے تک محدود ہوتا ہے۔ یہ مرض کئی سال تک جاری رہتا ہے اور ممکن ہے بچپن میں شروع ہو (58)۔

علاج۔ مریض کو شحم یا اس پر مشتمل غذاؤں کو بہت کم کر دینا چاہئے یا بالکل ان سے پرہیز کرنا چاہئے۔ مگر بلا گوشت، شکار، مرغی وغیرہ پالتو پرندے، مچھلی، سبز ترکاریاں، ٹماٹر اور تازہ پھل کھائے جا سکتے ہیں۔ اسی نوعیت کی پروٹین غذا جس میں پست کاربوہائڈریٹ ہو اور جو بلا شحم کے ہو بینٹنگ کے علاج (Banting's treatment) یا سالسبری علاج (Salisbury treatment) کا اصول ہے۔ نہایت فربہ مریضوں میں

زیادہ سخت تدابیر کی ضرورت ہوگی۔ وقفوں کے ساتھ فاقہ کشی کے دن تجویز کردیئے جائیں اور مریض صرف فہرست ب میں درج کی ہوئی سبزیاں (ملاحظہ ہو صفحہ 474) اور تازہ پھل کھائے، اور اس کے ساتھ محض اتنی ہی مچھلی (۲ یا ۳ اونس) لے کہ جس سے پروٹین کے روزانہ نقصان کی تلافی ہو جائے۔ آگار آگار سے تیار کی ہوئی جیلی، جو قنال غذائی میں جذب نہیں ہوتی، مفید ہے۔ ایسی غذا میں یہ فائدہ ہوتا ہے کہ اُس کی حراری قیمت پست ہوتی ہے، اور ساتھ ہی یہ غذا خاصہ حجم رکھتی ہے جس کی وجہ سے خلوئے معدہ کا احساس نہیں ہوتا۔ بارلے شکر (barley sugar) جب چوسی جائے تو بھوک کے احساسات کو تسکین دینے کے لئے مفید ہے۔ اس سے کم شدید علاج میں، ڈبل روٹی یا توس (toast) نشاستہ دار بسکٹ، آلو اور پنیر جو ملائی اترے ہوئے دودھ سے بنایا ہوا ہو، یا ڈچ (Dutch) یا کاٹیج (cottage) پنیر کی اجازت دی جا سکتی ہے۔ اگر مریض کو لیٹا رہنا پڑے، مثلاً التہاب مفاصل میں، تو حراروں کو کم کر دینا چاہیئے یعنی ۸۰۰ روزانہ۔ عضلی قلبی مرض میں پست حراری غذا دینی چاہیئے، لیکن گلوکوس تجویز کر دینا چاہیئے، ایک اونس چار چار گھنٹے سے۔ پست شحم والی غذا کے ہمراہ کافی A اور D حیاتینیں تجویز کرنی چاہئیں، مثلاً ریڈیوسٹولیم (radiostoleum) ایک کیسہ روزانہ۔ الکحلی مشروبات سے پرہیز بہتر ہے۔ لیکن اگر مریض طلب کرے تو کوئی خشک ہلکی انگوری شراب، یا وسکی کی تھوڑی مقدار، جس کی ترقیق خوب کر لی جائے، بہترین ہے۔ بیر سے، جس میں زیادہ مالٹوس موجود ہو، احتراز لازم ہے۔

چربی کی وجہ سے بڑھے ہوئے وزن کو گھٹانے کے لئے ورزش بہت مفید ہوتی ہے۔ یہ امر کہ کونسی ورزش کا انتخاب کیا جائے مریض کی عمر اور عضلی قوت پر منحصر ہوتا ہے۔ پیدل چلنا اور منظم طور پر پہاڑ چڑھنا مفید ہیں، کیونکہ کام کی مقدار کو درجہ وار کیا جا سکتا ہے۔ نہایت فربہ اشخاص کو ورزش پر راغب کرنا اکثر دشوار ہوتا ہے، بالخصوص جب کہ درد بھی موجود ہو، جیسے کہ وجع سمیت میں۔ ایسی صورت میں برگونی علاج (Bergonie treatment) مفید ہو سکتا ہے۔ اس میں دھڑ اور جوارح کے عضلات میں توازن کے ساتھ منقطع کردہ فرادی رَو کے تہیج سے بلا درد انقباضات

پیدا کئے جاتے ہیں۔ یہ اتنا کارگر نہیں ہوتا جتنا کہ ارادی عضلی کام، لیکن پھر بھی کچھ نہ ہونے سے تو یہی بہتر ہے۔ تحت الحار غسل مفید ہوتے ہیں، کیونکہ ان سے تحوّل میں زیادتی ہوتی ہے۔ ایسے غسل کی مدت ایک گھنٹے تک ہو سکتی ہے، اور تپش اتنی کم ہو جتنی کہ مریض برداشت کر سکے (شاید ۸۰ درجہ فارن ہائٹ)۔

شاٹ (Schott) اور دوسروں نے نوہیم (Nauheim) میں جس علاج کی ابتدا کی ہے، اور جو مختلف برطانوی معدنی چشموں (spas) پر بہم پہنچایا جاتا ہے، اُس وقت موزوں ہے جب کہ فربہی کے ہمراہ واضح قلبی علامات پائے جائیں۔ اور وہ کچھ تو ملحی مغسلات میں اغراق ہے، اور کچھ بازوؤں، دھڑ اور ٹانگوں کے عضلات کی منظم حرکات ہیں جو کہ ایک نگران کار آہستہ آہستہ اور مزاحمت کے خلاف کرواتا ہے اس طرح کہ حرکات کے درمیان آرام کے وقفے ہوتے ہیں۔ نوہیم کے مختلف چشموں کی تپش ۹۰° - ۹۵° ف تک ہوتی ہے، اور ان میں کاربن ڈائی آکسائڈ (carbon dioxide)، ملحات کے علاوہ موجود ہوتی ہے، جن میں سب سے زیادہ افراط کے ساتھ سوڈیم کلورائڈ اور کیلسیم کلورائڈ اور بائی کاربونیٹ ہوتے ہیں۔ ملحی اجزا، اور کاربن ڈائی آکسائڈ کے باریک بلبلوں کے جلد پر مہیج عمل کی طرف ایک اہم اثر منسوب کیا جاتا ہے۔

درقیہ کو تھائرائڈیم (thyroideum) (گرین ۱ - ۵) کے طور پر صرف اُس وقت تجویز کرنا چاہیے جب کہ یہ باور کرنے کی کافی وجہ ہو کہ قلیل درقیت موجود ہے۔ لیکن جیسا کہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے، بہت سی اصابتوں میں تحوّل طبعی سے زیادہ فعال ہوتا ہے۔ تاہم درقیہ اور ادرار البول پیدا کر کے بھی تاثیر کرتا ہے، اور یہ امر یاد رکھنا چاہیے کہ سیال کا احتباس زیادتی وزن کا ایک سبب ہے۔

تصبّی

(infantilism)

508

تصبّی سے مراد طفلی یا بچپن کے خصائص کا معمول کے نسبت زیادہ طویل عرصہ تک باقی رہنا، یا نمو کا غیر طبعی طور پر سست ہونا ہے۔ یہ ضرور نہیں کہ تصبّی کے

ہمراہ قزمیت بھی پائی جائے، لیکن یہ ممکن ہے کہ طفلانہ شکل باقی رہ جائے، تعظم میں تاخیر ہو اور تناسلی نمو نہ ہو۔ بچہ کی ذہنی ترقی میں کسی تاخیر کا ہونا ضروری نہیں۔ تصبی مختلف مزمن سرایتوں اور دوسرے سمی اسباب، جیسے کہ آتشک، تدرن، پیلاگرا (pellagra)، حمی قرمزیہ، مزمن اسہال، نبقراسی قلت اور بعض غیر نامیاتی سموم، جیسے کہ سیسہ (lead) اور پارہ سے ثانوی طور پر واقع ہو سکتی ہے۔ بچوں میں مزمن زہنکی التہاب گردہ کے ساتھ تصبی پائی جا سکتی ہے۔ ایک دوسرے گروہ میں وہ اصابتیں شامل ہیں جو دروں افرازی اعضا رکے مرض، جیسے کہ قماء (cretinism) علامیۂ فیرلک (Frohlich's syndrome)، نخامی ناتمامی (pituitary ateleiosis)، تشیخ (progeria) اور ذیابیطس ملیح کے سبب سے پیدا ہو جاتی ہیں۔ تصبی کی دوسری مثالیں وہ تاخیراتِ نمو ہیں جو عدم نموغضروف (achondroplasia)، عضلی ذبول، صلابت الجلد (sclerodermia)، قلبی اور عروقی ضررات، کوچک سری (microcephaly)، استسقاء الدماغ (hydrocephalus)، ابلہی (amentia)، بیش پرورشی کبہت جگر (hypertrophic cirrhosis of the liver)، کلاں طحالی کبہت (splenomegalic cirrhosis) اور بعض دوسرے فتورات کے ساتھ پائی جاتی ہیں۔ آخر میں، صنفی قسم کی ناتمامی ہے جو مجہول المبدا ہے اور پہلے بیان کی ہوئی نخامی قسم سے اس امر میں اختلاف رکھتی ہے کہ بالآخر صنفی اعضا پختگی حاصل کر لیتے ہیں، بَربالے ملتئم ہو جاتے ہیں، اور وہ فرد بعض خصوص میں ایک بچہ ہوتا ہے، اور دوسرے خصوص میں چھوٹے پیمانہ پر ایک مرد یا عورت۔

حوالہ جات

REFERENCES

1 T W Adams and E P Poulton — 1935 *Guy's Hosp, Rep.*

2 E W Ainley Walker — 1916 *Proc Roy Soc*, B 89, p 157

3 E P Poulton — 1917 *Guy's Hosp Gaz*, N. S. 31, p 50

4. E Dubois (Basal Metabolism in Health and Disease)	1924	Lea & Febiger, New York,
5. R D Lawrence	1924	*Brit Med Journ*, i, p 516
6 J. H Burn and H H Dale	1924	*Journ Physiol*, 59, p 164
7 J J R Macleod	1924	*Brit Med Journ*, i, p 45
8 E P Poulton (Goulstonian Lectures)	1918	*Lancet*, June 22
9 Burgess, Campbell, Osman, Payne and Poulton	1923	*Lancet*, ii, p 777
10 C von Noorden (Pathologie d Stoffwechsels)	1906	Berlin, i., p 207
11 R T Williamson (Diseases of the Spinal Cord)	1911	p 371
12 E. P Poulton	1924	*Brit Med Journ*, i, p 261
13 W W Payne and E P Poulton	1925	*Lancet*, ii, p 638
14 W W Payne	1924	*Guy's Hosp Rep*, p 308
15 W Cramer (Fever, etc, and the Thyroid-adrenal Apparatus)	1928	London
16 J M H Campbell	1927	*Journ of Hygiene*, 26, p 1
17 Adams and Crossley	1923	*Lancet*, ii, p 501
18 G R Murray	1922	*Brit Med Journ*, ii, p 908
19 H Curschmann	1922	*Klin Wochenschrift*, June 24, p 1296
20 J. S. Goodall and L Rogers	1927	*Lancet*, i, p 486.
21 D Hunter	1930-31	*Quart, J Med*, 24, p 393
22 F R. Fraser	1925	*Brit Med. Journ.*, i, p. 1
23 R. D. Lawrence	1924	*Brit Med Journ*, ii, p 753

	E G B Calvert	1924	*Brit Med. Journ*, ii., p 834
24	Review on Biochemistry of Blood	1922	*Med Sci*, 6, p 474
25	S Graham and G H Anderson	1924	*Quart Journ Med*, 18, p 62.
26	J Argyll Campbell	1926	*Lancet*, i, p 72
27	D Gyorgi (Communication)	1929	Assocn Physicians Cambridge.
28	F W Mott and J E Hutton	1923	*Brit Med Journ*, ii, p 95
29	P M Statistics, London Hospital		
31	A W M Ellis	1924	*Lancet*, i, p 1200
32	Tucker	1922	*Brit Med Journ*, i, "*Epitome*," p 25
33	I Greenwald	1922	*J Biol Chem*, 54, p 285
34	G Graham	1917	*Quart Journ Med*, 10, p 245
35	F Dickens, Dodds, and Wright	1925	*Bioch Journ*, 19, p 853
36	R A McCance and R D Lawrence	1929	Med Res Council, Report on Carbohydrate Contents of Food
	W O Atwater and A P Bryant	1906	Washington The Chemical Composition of American Food Materials
37	H G Close	1934	*Lancet*, i, p 732
38	A Walton	1929	*Eugenics Rev*, 20, p 253
39	W W Payne and E P Poulton	1928	*Guy's Hosp Rep*
40	E M Anderson and J. B. Collip	1934	*Lancet*, i, p 784
41	I Snapper	1928	*Proc Roy Soc Med*, 21, p 1771
42	C Kaufmann	1934	*Proc Roc Soc Med.*, 27, p 849
43	E C Dodds (Goulstonian Lectures)	1934	*Lancet*, i, pp 931, 988, 1048
44	P M F Bishop	1933	*Guy's Hosp Rep*, 83, p 308

45 A W. Spence and E. F. Scowen (Communicated) — 1934 Therap Section, *Roy. Soc Med*

46 E. P Poulton and E C. Warner — 1931 *Proc. Roy. Soc. Med*, Oct 13, p 347

47 R McCarrison — 1933 *Brit Med Journ*, ii, p 671.

48 C R Harington — 1933 *Proc Roy. Soc. Med.*, 26, p 870

49 F R Fraser — 1931 *Brit Med Journ*, i, p 739

50 E P Poulton and W L Watt — 1934 *Lancet*, ii, p 535

51 A B Anderson, C R Harington & D M Lyon — 1933 *Lancet*, ii, p 1081

52 H M Turnbull and M Young — 1931 *Journ Path Bact*, 34, p 213

53 W Hartston — 1933 *Lancet*, ii, p 1416

54 E P Poulton — 1936 Diet Tables and Recipes and the Treatment of Diabetes and Obesity

ضمیمہ

مرض گلائکوجن (وان گرک: Von Gierke کا گلائکوجن آفریں کبر الکبد (hepato-megalia glycogenica: ۔ بچوں کے اس مرض میں جو کہ اکثر پیدائشی ہوتا ہے جگر کی اور بعض اوقات گردوں کی کلانی واقع ہوتی ہے، اور ان اعضا اور دوسرے اعضا میں گلائکوجن کے ذخیرے کی زیادتی ایک بڑی خصوصیت ہوتی ہے۔ تعصبی اور فربہی کی طرف رجحان ہوتا ہے۔ فاقہ کشی میں دموی شکر پست ہوتی ہے، اور دموی شکری برداشت کے منحنی میں سقوط دیر سے ہوتا ہے۔ ایڈرینالین کا اشراب کرنے کے بعد دموی شکر مرتفع نہیں ہوتی۔ دموی گلائکوجن اور کولسٹرال بلند ہوتے ہیں، اور ایسیٹون بولیت موجود ہوتی ہے۔

R W. B. Ellis & W W Payne — 1936 *Quart J. Med.*, N S 5, p 31

*

صحت نامہ

صفحہ	سطر	غلط	صحیح
۱۲	۱۵	inspiration	fluid vein
۱۴	۹	تنفس	خریر
۸۲	۲۰	خون زاد	خون برداشتہ
۹۴	۱۱	مسغد	مسند
۹۵	۲	دینے	دینی
۱۰۰	۸	سمیہا	عنبیہا
"	"	(streptococcus-	(staphylococcus-
۱۲۵	۱۵	کھہ	کہ
۱۸۱	۴	(HYDSOTHORAX)	(HYDROTHORAX)
۱۸۹	۱۸	پولٹیں	پولٹشوں
۱۹۹	۲۳	بکعوم	بلعوم
۲۲۴	۸	مورثی	موروثی
۲۲۵	۶	حنجرہ	قصبہ
۲۶۵	۱۱	اِسقدر ہوگا	اِسقدر کم ہوگا
۲۶۶	۴	بایاں	دایاں

*

صفحہ	سطر	غلط	صحیح
۲۶۶	۹	باہر	اوپر
۲۸۴	۵	کے ساتھ	کے مرض کے ساتھ
۲۸۹	۱۰	قائم ہوکر	رفع ہوکر
۲۹۲	شکل ۲۵ سطر ۴	(م-ک)	(م-ل)
"	۶	قلب نگار	قلب نگارش
۲۹۳	شکل ۲۸ سطر ۲	(م-ک)	(م-ل)
۲۹۴	شکل ۲۹ سطر ۱	(م-ک)	(م-ل)
۳۴۸	۱۹	مریض	مرض
۳۷۳	۱۲	دائیں	بائیں
۳۷۶	۲۵	دہاتی نبض	رشحی نبض
۴۰۵	۱۸	ہوتا	ہوتا ہے
۴۱۱	۲۰	اپنے اپنے	اپنے
۴۲۰	۲۲	اماراب	امارات
۴۳۷	۱۱	پیری ہیں	پیری میں
۴۳۹	۴	اس قت	اس وقت
۴۴۱	۲۵	کھلائی	دکھلائی
۴۶۵	۱۳	دائیں	بائیں
۴۷۷	۲	شُرب	شرب
۴۸۷	۱۱	سخی	صحتی
۴۹۱	۱۷	انبوبہ اس	انبوبہ کے اس
۴۹۶	۱	جلہ	جگہ
۴۹۸	۱۹	تخلیٰ	تخلی
۵۱۲	۲۴	عفوی ضرت	عضوی ضربات

صفحہ	سطر	غلط	صحیح
۵۲۱	۱	دائیں	بائیں
۵۴۹	۴	(gastro-duodenal & duodenal)	(gastro-jejunal & jejunal)
۶۳۴	۲۲	قئے کرنے	بیمار ہونے
۶۴۱	۲۱	غذا غیر معمولی	غذا کی غیر معمولی
۶۴۹	۲	بروسیائی	یروسیائی
۶۷۲	۱۲	بائیں	دائیں
۶۷۵	۱۰	بائیں	دائیں
۷۰۲	۱	کیونکہ عملیہ سے اولی	کیونکہ اولی
۷۳۸	۸	بے ترشہ عدم دمویت	بے صفرا بولی یرقان
۷۷۲	۱۷	نورن	ثوران
۷۸۴	۲۱	است	راست
۸۲۴	۱	امید افزا	اغلب
۸۵۱	۱۷	مقدم نخاعی قلت	مقدم نخاعی قلت
۸۶۱	۱۹	ارادی دور	ارادی طور
۸۶۳	۱۱	۲۰	۲

اشاریه

عمل طب جلد دوم